

Projektbericht
Research Report

**Effizienzpotenziale durch
Privatisierung bzw. PPP im
Bereich der Rehabilitation**

Monika Riedel



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

Effizienzpotenziale durch Privatisierung bzw. PPP im Bereich der Rehabilitation

Monika Riedel

Unter Mitarbeit von Anja Kukuvec

Endbericht

Studie im Auftrag des
Bundesministeriums für Finanzen

Januar 2015

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr Monika Riedel
☎: +43/1/599 91-229
email: riedel@ihs.ac.at

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Ansatzpunkte für Effizienzverbesserungen durch Privatisierung und PPP Modelle	2
2.1. Theoretische Begründungen für Effizienzunterschiede nach TrägerInnentyp	3
2.2. PPP-Modelle: theoretischer Hintergrund.....	5
2.2.1. Vertrags-PPP versus Organisations-PPP	6
2.2.2. Infrastruktur versus Kerngeschäft.....	9
2.3. Outsourcing: Theoretischer Hintergrund	9
3. Internationale Erfahrungen mit unterschiedlicher TrägerInnenschaft von Krankenhäusern	14
3.1. Empirische Evidenz zu Effizienzunterschieden nach TrägerInnentyp	15
3.2. Effizienzentwicklung bei Wechsel der TrägerInnenart.....	18
3.3. Kritische Würdigung	20
4. Erfahrungen mit PPP-Modellen im Gesundheitswesen entwickelter Länder	25
4.1. McKee, Edwards, Atun (2006): Public-Private Partnerships for hospitals	25
4.1.1. Umfasste PPP-Modelle	25
4.1.2. Ergebnisse.....	26
4.2. ECORYS (2013a,b): Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU	29
4.2.1. Umfasste PPP-Modelle	29
4.2.2. Ergebnisse: Value for Money und Kosten im Vergleich	31
4.2.3. Ergebnisse: Gesundheitsindikatoren im Vergleich	32
4.2.4. Ergebnisse: Effekte auf Makro-Ebene (Budgetdefizit, öffentliche Verschuldung, Landes-Ratings)	33
4.2.5. Review der ECORYS-Studie	34
4.3. Global Health Group (2010): Public-Private Investment Partnerships for Health. An Atlas of Innovation.....	34
4.3.1. Umfasste PPP-Modelle	34
4.3.2. Ergebnisse.....	36

4.4. Zusammenfassung und kritische Würdigung der internationalen Evidenz zu PPPs im Gesundheitswesen.....	37
5. Internationale Erfahrungen zu Outsourcing in Krankenanstalten	39
5.1. Umfang von Outsourcing im Krankenhausbereich.....	39
5.2. Outsourcing und Qualität	47
5.3. Kritische Würdigung der internationalen Evidenz zu Outsourcing im Gesundheitswesen.....	48
6. Anwendbarkeit von Evidenz aus dem Krankenhaus-Kontext für Rehabilitationseinrichtungen	49
6.1. Private versus öffentliche TrägerInnenschaft	49
6.2. PPP-Modelle	56
7. Rehabilitation in Österreich	58
7.1. Rehabilitationseinrichtungen	59
7.1.1. Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt.....	60
7.1.2. Rehabilitationseinrichtungen der AUVA	62
7.1.3. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt öffentlicher Dienst.....	64
7.1.4. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft.....	64
7.1.5. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.....	65
7.2. Ausgaben der Sozialversicherungsträgerinnen für Rehabilitation.....	65
8. Ansatzpunkte für eine Abschätzung des Potenzials für Effizienzverbesserungen in Österreich	69
8.1. TrägerInnentyp	69
8.2. Erfahrungen mit österreichischen PPPs	69
8.3. Personalausgaben und TrägerInnentyp in Österreich.....	71
8.4. Abschätzung der Einsparungspotenziale	78
9. Literaturverzeichnis	82

Tabellen

Tabelle 1: Abgrenzung von Vertrags- und Organisations-PPP	8
Tabelle 2: Nutzen und Risiken von Outsourcing	11
Tabelle 3: Krankenhausbettenanteil nach TrägerInnentyp, ausgewählte Länder, 2012	15
Tabelle 4: Effizienzvergleich von Krankenhäusern nach TrägerInnentyp	23
Tabelle 5: Qualitätsmängel bei Krankenhäusern im Vereinigten Königreich im Rahmen der Private Finance Initiative	27
Tabelle 6: Typen von PPP Modellen im Gesundheitsbereich nach ECORYS (2013a)	30
Tabelle 7: Insourcing und Outsourcing nach Leistungsbereich und Krankenhausgröße seit 2008.	44
Tabelle 8: Vergleich von Strukturkriterien in Akutversorgung und Rehabilitationseinrichtungen, Deutschland, 2012	52
Tabelle 9: Strukturkriterien in Fonds-Krankenanstalten, Österreich, 2013	55
Tabelle 10: Verteilung der Bettenkapazität nach Trägerinnenschaft, 2013	60
Tabelle 11: Durchgeführte Heilverfahren in Eigenen und in Vertragspartner-Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt	61
Tabelle 12: Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitation	67
Tabelle 13: Bandbreite von Szenarien-Ergebnissen	80

Abbildungen

Abbildung 1: Insourcing und Outsourcing nach Leistungsbereich in deutschen Krankenhäusern seit 2008.	42
Abbildung 2: Auswirkungen von Outsourcing in deutschen Krankenhäusern	45
Abbildung 3: Outsourcing-Tätigkeit im US-amerikanischen Spitalssektor nach der Organisationsform, 2006.....	46
Abbildung 4: Personalkategorien in Eigenen Einrichtungen der PVA, VZÄ, 2013	62
Abbildung 5: Personalkategorien in Eigenen Einrichtungen der AUVA, VZÄ, 2013	63
Abbildung 6: Personalkategorien in Eigenen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA, 2012	64
Abbildung 7: Aufteilung der Rehabilitationsaufwendungen in der Pensionsversicherungsanstalt, 2013	68
Abbildung 8: Vergleich der Gehaltsschemata, medizinisch-technischer Dienst und Pflege, 2014	73
Abbildung 9: Vergleich der Gehaltsschemata, psychologisches und psychotherapeutisches Personal, 2014	74
Abbildung 10: Vergleich der Gehaltsschemata, Reinigungspersonal, 2014	77
Abbildung 11: Vergleich der Gehaltsschemata, Köche und Köchinnen, 2014	77

Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
DO.A, DO.B	Dienstordnung der Sozialversicherungsträger, Teil A bzw. B
GKK, GKKs	Gebietskrankenkasse, Gebietskrankenkassen
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KV	Krankenversicherung
PV	Pensionsversicherung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
UV	Unfallversicherung

Executive Summary

Dieser Bericht versucht anhand internationaler Best Practice Beispiele abzuschätzen, welches Einsparungspotenzial in österreichischen Rehabilitationseinrichtungen durch Privatisierung oder die Einführung von PPP-Modellen erzielt werden kann.

Die Literaturrecherche hat hierzu keinerlei internationale Studien identifiziert, die sich mit den Effekten von Privatisierung auf Rehabilitationseinrichtungen beschäftigen. Dies gilt für alle drei untersuchten Privatisierungsformen bzw. Aspekte, Effizienzunterschiede zwischen privaten und öffentlichen Einrichtungen, Outsourcing, und PPP-Modelle.

Es bestehen jedoch für alle drei Formen internationale Studien aus dem Gesundheitssektor, meist bezogen auf Krankenanstalten in der Akut-Versorgung:

- Die Ergebnisse zu TrägerInnenunterschieden sind international uneinheitlich. Aktuelle deutsche Studien über die Effizienzentwicklung beim Übergang von öffentlicher zu privater KrankenhausträgerInnenschaft weisen auf Effizienzvorteile hin, die aus dem Personalbereich kommen.
- PPP-Modelle wurden bislang kaum bezüglich Effizienzeffekten untersucht, dementsprechend fehlen auch Ergebnisse zu Einsparungspotenzialen. Das größte PPP-Programm im Krankenanstaltenbereich, der entsprechende Teilbereich der britischen Private Finance Initiative, kämpft derzeit heftig mit den hervorgerufenen *Kostensteigerungen*.
- Outsourcing ist im Krankenhausbereich verbreitet und anerkannt.

Zwei große Finanziere von Rehabilitation in Österreich, PVA und AUVA, führen ihre Eigenen Einrichtungen für Rehabilitation weiterhin traditionell ohne privatwirtschaftliche Beteiligung. Zwei Sozialversicherungsträgerinnen, SVA und SVB, haben ihre entsprechenden Eigenen Einrichtungen in PPPs umgewandelt und sind von der wirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit dieser Organisationsform überzeugt. Ein Hauptargument hierfür sind erhebliche Unterschiede in den Personalausgaben aufgrund der unterschiedlichen anzuwendenden Gehaltsschemata.

Legt man die daraus resultierenden Senkungspotenziale für die Personalausgaben auf die Ausgaben für Eigene Einrichtungen in PVA und AUVA um, so zeigen Berechnungen mit unterschiedlichen Übertritts- und Personalsenkungsraten eine Bandbreite von 3-13 Prozent der Personalausgaben, unterliegen aber erheblichen Unsicherheiten.

1. Einleitung

Das österreichische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich gut ausgestattet und verbraucht auch viele Ressourcen. So liegen die österreichischen Ausgaben pro Kopf regelmäßig im Spitzenfeld. Gleichzeitig werden – nicht nur in Österreich – Bedenken laut, ob bei der Verwendung dieser Mittel bestehende Effizienzpotenziale in ausreichendem Maße ausgeschöpft werden, und ob in Zeiten angespannter Staatshaushalte die öffentliche Hand genügend Mittel aufbringen kann, um anstehende Investitionen durchzuführen.

Einige europäische Länder haben in den letzten Jahren bei der Bewältigung dieser Herausforderungen auf unterschiedliche Privatisierungsmodelle gesetzt. Bislang stand hierbei vor allem der stationäre Sektor im Vordergrund. Dieser Bericht hingegen widmet sich möglichen Effizienzvorteilen durch Privatisierung in einem Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung, der medizinischen Rehabilitation. Diesem Bereich kommt nicht nur aufgrund der demographischen Verschiebungen per se zunehmende Bedeutung zu. Die verbreiteten Bestrebungen, die Bevölkerung möglichst lange in Erwerbsarbeit zu halten, stellen zusätzliche Forderungen an die Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen. In Österreich manifestiert sich dies u.a. dadurch, dass seit 1.1.2014 Personen unter 50 Jahren bei gesundheitlicher Beeinträchtigung durch berufliche und medizinische Maßnahmen der Rehabilitation eine längere Erwerbstätigkeit ermöglicht werden soll. Der Grundsatz Rehabilitation vor Pension ist somit verpflichtend umzusetzen, sodass von einem Anstieg der Anzahl an entsprechenden Behandlungen auszugehen ist. Vor diesem Hintergrund ist die möglichst effiziente Organisationsform der Rehabilitation von besonderem Interesse.

Bezogen auf das Rehabilitationsgeschehen erarbeitet dieser Bericht, was sich aus den internationalen Erfahrungen mit Privatisierung und PPP-Modellen für den österreichischen Kontext ableiten lässt. Hierzu wird in einem ersten Schritt versucht, internationale Best Practice Beispiele bezüglich Privatisierung bzw. Einführung von PPP-Modellen zu identifizieren. Danach wird erhoben, welche Einsparungen durch PPP-Modelle bzw. Privatisierungen erzielt wurden. Darauf folgend werden die Erkenntnisse auf Rehabilitation in Österreich bezogen.

2. Ansatzpunkte für Effizienzverbesserungen durch Privatisierung und PPP Modelle

Für die Bestimmung von Effizienzpotenzialen ist es notwendig festzuhalten, auf welche Art von Effizienz sie sich beziehen. Bei technischer Effizienz wird ein bestimmter Output mit der geringstmöglichen Kombination von Inputfaktoren erstellt. Soll eine bestimmte Outputmenge erstellt werden, werden bei technisch effizienter Produktion alle betriebswirtschaftlichen Einsparpotenziale ausgenutzt. Wenn Privatisierung zu Effizienzverbesserungen führen oder anders gesagt, Einsparpotenziale nutzen soll, ist die Grundannahme, dass in der Ausgangssituation vor Privatisierung nicht technisch effizient produziert wird.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive wird der Blick erweitert. Eine volkswirtschaftliche Einsparung liegt vor, wenn durch die Privatisierung ein Erfolg erreicht wird, der zu gesamtwirtschaftlich geringerem Ressourcenverbrauch führt. Im Zusammenhang mit Rehabilitationseinrichtungen ist hierfür der Erfolg der Rehabilitation mit einzubeziehen, also die Frage, wie hoch Wiederbeschäftigungsquoten oder vorzeitige Pensionsraten nach Rehabilitation in Abhängigkeit vom TrägerInnentyp sind. Eine Untersuchung dieser volkswirtschaftlichen Effizienz ist aus mehreren Gründen anspruchsvoller als eine Untersuchung technischer Effizienz:

- Es sind nicht nur die „Produktionskosten des Gutes medizinische Rehabilitation“ zu berücksichtigen, sondern zusätzlich der Nutzen aus früherer oder häufigerer Wiederbeschäftigung der PatientInnen nach absolvierter Rehabilitation. Aus Sicht des Staates besteht dieser Nutzen aus höheren Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen, sowie niedrigeren Pensionszahlungen durch die höhere Beschäftigung.
- Eine derartige Analyse sollte sich auf einen gewissen Zeitraum nach Abschluss der Rehabilitation beziehen. Ob es zu Wiederbeschäftigung kommt, hängt auch von anderen Maßnahmen ab, die innerhalb dieses Zeitraumes ergriffen werden oder eben nicht (z.B. Umschulungen), und ebenfalls in unterschiedlich zielführender Weise erfolgen können. Um zu Effizienzaussagen zu kommen, müsste auch bei Maßnahmen in diesem Zeitraum Vergleichbarkeit herrschen.

Ebenso wie der Begriff Effizienz muss auch der Begriff Privatisierung operationalisiert werden, der in der Literatur nicht einheitlich gebraucht wird. Traditionellerweise wird zwischen drei verschiedenen Arten der Privatisierung unterschieden:

- Bei einer materiellen („echten“) Privatisierung wird staatliches Eigentum vollständig in privates Eigentum umgewandelt, z.B. durch den Verkauf eines staatlichen Unternehmens an private Investoren. Der Staat zieht sich aus der Aufgabe zurück

und überlässt die Verantwortung den privaten AkteurInnen, der staatliche Einfluss auf die vormalige Staatsaufgabe bzw. seine Erfüllung wird damit aufgegeben.

- Bei einer funktionalen Privatisierung werden Aufgaben, die vorher von staatlichen Einrichtungen erfüllt wurden, auf private Unternehmen übertragen. Der Staat zieht sich somit aus dieser speziellen Aufgabe zurück.
- Bei der formellen Privatisierung oder Organisationsprivatisierung wird ein Unternehmen mit öffentlich-rechtlicher Rechtsform in ein Unternehmen mit privatrechtlicher Rechtsform (GmbH, AG) umgewandelt. Die Unternehmung bleibt i.d.R. dabei aber durchaus in öffentlichem Besitz, sodass der Staat weiterhin verantwortlich für die Wahrnehmung der Aufgabe bleibt und seine Einflussmöglichkeiten wahrt. Als Vorteil wird gesehen, dass nunmehr privatrechtliche Regelungen gelten, die oft mehr Handlungsspielraum z.B. bei der Vertragsgestaltung bieten und somit das Management Flexibilität gewinnt.

In der Praxis können die verschiedenen Arten auch kombiniert oder nacheinander ausgeführt werden. Im Gesundheitswesen werden alle drei Arten von Privatisierungen beobachtet. Die errichteten Krankenanstaltengesellschaften der österreichischen Bundesländer fallen unter formelle Privatisierung, der Verkauf von kommunalen Krankenhäusern an private Klinikketten in Deutschland ist ein Beispiel für materielle Privatisierung und das insbesondere im Krankenhausbereich verbreitete Outsourcing von Leistungsbereichen entspricht einer funktionalen Privatisierung. Public Private Partnerships sind aufgrund ihrer vielfältigen Formen schwer allgemein einzuordnen; sie können sowohl Merkmale formeller Privatisierung, als auch Elemente funktionaler Privatisierung haben.

2.1. Theoretische Begründungen für Effizienzunterschiede nach TrägerInnentyp

Die bestehende ökonomische Literatur baut im Wesentlichen auf drei Theoriegebäude, wenn das Verhalten unterschiedlicher konkurrierender EigentümerInnen- oder TrägerInnengruppen in Gesundheitsmärkten analysiert wird:¹ Agency Theorie, Property Rights-Theorie und Public Choice Theorie. Je nach TrägerInnentyp wird in der Regel zwischen öffentlich, privat aber nicht gewinnorientiert, sowie privat-gewinnorientiert unterschieden. In PPP-Modellen nehmen private und öffentliche AkteurInnen Funktionen der Trägerin bzw. des Trägers wahr, somit ist hier eine spezielle Konstellation der Anreize vorhanden (vgl. Abschnitt 2.2).

Alle drei Theorien verwenden zwar unterschiedliche Argumente, führen aber zum Schluss dass der private Typ – unabhängig ob mit oder ohne Gewinnabsicht – dem öffentlichen Typ hinsichtlich Effizienz überlegen sei. Das Problem der asymmetrischen Information spielt am Gesundheitsmarkt eine große Rolle, da die Bemühung der ProduzentInnen nur

¹ Diese kurze theoretische Einführung ist angelehnt an die Zusammenfassung in Tiemann et al. (2012a), wo auch eine Fülle weiterführender Literatur angegeben ist.

unzureichend messbar ist. Die **Agency** Literatur geht davon aus, dass AgentInnen/ManagerInnen stärker den eigenen Nutzen als jenen der vertretenen Organisation oder ihrer EigentümerInnen vertreten, was bei allen drei Typen zum Vorliegen des Principal-Agent Dilemma führt. Profitorientierte Häuser können dieses Dilemma jedoch besser lösen, und entsprechend effizienter agieren. Beispielsweise kann eine effizienzorientierte Unternehmensführung durch eine profitabhängige Entlohnung der ManagerInnen erreicht werden, ein Verfahren, das in öffentlichen oder gemeinnützigen Häusern kaum verwendet wird.

Entsprechend der **Property-Rights** Theorie sind die zwei wesentlichen Rechte der EigentümerInnen bzw. der TrägerInnen der Gesundheitseinrichtung das Recht auf die erwirtschafteten Gewinne und das Recht der Unternehmensführung. Gerade diese beiden Faktoren sind bei öffentlichen und gemeinnützigen Häusern jedoch nicht mehr in einer Hand vereint. Wird in profitorientierten Einrichtungen ein Teil des Gewinns an das Management ausgeschüttet, hat dieses automatisch ein Interesse an einer wirtschaftlichen Geschäftsführung, die ja auch den Interessen der FirmeneigentümerInnen entspricht. Externe Mechanismen können die Disziplinierung des Managements verstärken, und damit mögliche Divergenzen zwischen den Zielen von Management und EigentümerInnen reduzieren: Hierzu zählen die Möglichkeiten des Bankrotts ineffizienter Firmen, und bei Existenz eines entsprechenden Marktes der Veräußerung von Firmenanteilen oder gar der gesamten Firma durch enttäuschte EigentümerInnen. All dies müsste gemäß Property-Rights Theorie zu einer effizienteren Geschäftsgebarung bei profit-orientierten Firmen führen. Hierbei besteht die Gefahr, dass die Bemühung um Kostenreduktionen zu Lasten der Qualität der Leistungen geht, die ja schwer beobachtbar sind: ein Motiv, das bei privaten AnbieterInnen deutlicher ausgeprägt ist (Hart, Shleifer and Vishny 1997).

Die **Public Choice** Theorie hingegen postuliert, dass PolitikerInnen um WählerInnenstimmen zu maximieren ihre eigenen Zielsetzungen auch den öffentlichen Einrichtungen vorschreiben. Diese Zielsetzungen müssen aber nicht mit Gewinnmaximierung vereinbar sein, und daher auch nicht mit hoher Effizienz.² Da gemeinnützigen AnbieterInnen der Anreiz zur Gewinnmaximierung per definitionem fehlt (oder fehlen müsste), so kann argumentiert werden, ist davon auszugehen dass auch diese nicht in erster Linie Kosten oder Ineffizienzen minimieren wollen, sondern vielmehr Qualität, Behandlungsmengen, Prestige oder eine Kombination dieser Faktoren maximieren. Somit haben beide TrägerInnengruppen aus unterschiedlichen Motiven heraus eine hinsichtlich Effizienz schwächere Position als profitorientierte TrägerInnen. Weiters wurde ergänzt, dass Effizienz typischerweise unter unklaren oder widersprüchlichen Zielsetzungen der AkteurInnen leidet, eine Situation, die bei öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen häufiger als bei gewinnorientierten anzutreffen sei.

² Das Festhalten an Krankenhausstandorten aus regionalpolitischen und arbeitsplatzsichernden Interessen ist in Österreich ein wohlbekanntes Beispiel hierfür.

Die besprochenen Theorien beziehen sich auf Eigentumsverhältnisse, die eindeutig einem der drei Typen öffentlich, privat-gemeinnützig oder privat-gewinnorientiert zuzuordnen sind. Bei einem PPP-Modell ist die Konstellation per definitionem anders, da ja eben (mindestens) je eine öffentliche Akteurin bzw. ein öffentlicher Akteur und eine private Akteurin bzw. ein privater Akteur eine Kooperation eingehen. Bei der Übernahme zuvor öffentlicher Aufgaben durch private Einrichtungen ist die Unterscheidung zwischen Privatisierung und einzelnen PPP-Modellen allerdings nicht immer eindeutig. Für eine Abgrenzung zwischen PPP und Privatisierung fokussieren Budäus und Grüb (2007) auf vier Merkmale, die vorliegen müssen, um von einem PPP-Modell auszugehen:

- Mindestens je eine Akteurin bzw. ein Akteur aus dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich, d.h. je mindestens eine Akteurin oder ein Akteur, deren Funktion und Grundorientierung sich aus dem öffentlichen bzw. privatwirtschaftlichen Sektor ableitet.
- Die Ziele, die mithilfe der PPP realisiert werden sollen, weisen keine Konflikte zwischen den PartnerInnen auf.
- Die Kooperationsform ist formalisiert, wobei unterschiedliche Grade der Formalisierung möglich sind.
- Die Identität der PartnerInnen bleibt grundsätzlich erhalten.

2.2. PPP-Modelle: theoretischer Hintergrund

In ihrer Bestandsaufnahme des Umfangs von implementierten PPP-Projekten in Europa stellen Kappeler und Nemoz (2010) fest, dass es ein eindeutig definiertes „Europäisches PPP-Modell“ nicht gibt. Je nachdem, welcher Aspekt im Vordergrund steht, können PPP-Modelle unterschiedlich klassifiziert werden. Einige Überblicksstudien zu PPP-Projekten im Gesundheitswesen unterscheiden danach, welche Aufgaben von den privaten und welche von den öffentlichen PartnerInnen übernommen werden. Insbesondere werden hierbei Infrastruktur-Projekte einerseits und „Full-Service“ Modelle andererseits unterschieden, wobei innerhalb dieser beiden Gruppen noch weiter gegliedert wird, vgl. Kapitel 3.

Die Europäische Kommission unterscheidet in ihrem „Grünbuch zu öffentlich-privaten Partnerschaften“ (2004) in vertragsrechtlicher Hinsicht zwei Arten von PPPs:

- Bei PPPs auf Vertragsbasis beruht die Partnerschaft auf rein vertraglichen Beziehungen, während bei
- institutionalisierten PPPs eine Zusammenarbeit innerhalb eines eigenständigen Rechtssubjekts erfolgt. Sie können zur Gründung einer gemeinsamen Zweckgesellschaft oder zur Übernahme der Kontrolle über ein öffentliches Unternehmen durch eine Wirtschaftseinheit aus dem privaten Sektor führen.

2.2.1. Vertrags-PPP versus Organisations-PPP³

Von der theoretischen Seite her kommend, treffen Budäus und Grüb (2007) unter den Bezeichnungen Vertrags-PPP und Organisations-PPP eine ähnliche Unterscheidung wie im „Grünbuch“. Vertrags-PPP basieren demnach auf dem Tausch-Modell, und Organisations-PPP auf dem Konzept eines Ressourcen-Pools.

Vertrags-PPP beruhen auf einem vertraglich vereinbarten Tausch zwischen der Auftraggeberin (öffentliche Hand) und der Auftragnehmerin bzw. dem Auftragnehmer (private PartnerInnen). Kooperationsbedarfe entstehen aus der unvollständigen Definition des Leistungsaustauschs bei Vertragsabschluss. Wo eine vollständige vertragliche Festlegung möglich ist, besteht nach Vertragsabschluss kein Kooperationsbedarf im Sinne einer PPP mehr, ein herkömmlicher Vertrag ist ausreichend. Bei hoher Komplexität und/oder Unsicherheit der Ausgangssituation sowie bei hoher strategischer Bedeutung des Projektes ist der Abschluss eines herkömmlichen Vertrages hingegen nicht sinnvoll oder sogar unmöglich, da die Transaktionskosten sehr hoch werden. D.h. die Ausgangssituation könnte zwar durch Hinzuziehen weiterer Gutachten, Analysen, Prognose- und Szenarienrechnungen weiter geklärt werden (so dass ein herkömmliche Vertrag abgeschlossen werden könnte), aber unter so hohen Kosten, dass die Durchführung in Form eines PPP-Modelles als Maßnahme zur Transaktionskostensenkung vorgezogen wird.

Eine Vertrags-PPP kann somit als arbeitsteiliger Wertschöpfungsprozess angesehen werden, bei dem die Spezialisierungsvorteile beider PartnerInnen ausgenutzt werden. Die öffentlichen PartnerInnen haben ein Interesse an der Einbeziehung der privaten PartnerInnen, weil davon ausgegangen wird, dass so die Inputkosten niedriger⁴ und eventuell auch die Output- oder Outcomegrößen höher ausfallen werden als bei einem anders strukturierten Wertschöpfungsprozess. Dies ist generell auch beim klassischen Outsourcing oder bei Privatisierungen der Fall. Beim PPP-Modell aber ist im Unterschied dazu im Zeitablauf mit kritischen, vorher nicht prognostizierbaren Entwicklungen zu rechnen, die sinnvoll nur durch gemeinsames Handeln von öffentlichen und privaten PartnerInnen bewältigt werden können.

Dies wiederum kann daran liegen, dass bei Vertragsabschluss der konkrete Leistungsumfang bzw. die dafür zu übernehmenden Kosten noch nicht exakt definierbar sind, etwa wegen Komplexität oder Unsicherheiten. Aus Sicht der öffentlichen PartnerInnen sollen (für ein gegebenes Volumen an „Kernleistung“) die Transaktionskosten minimiert werden. Transaktionskosten setzen sich aus drei Komponenten zusammen:

³ Dieser und der folgende Abschnitt folgen großteils der Darstellung in Budäus, Grüb (2007).

⁴ Ein wichtiges Beispiel sind hier Unterschiede in den anwendbaren Lohnsätzen (Kollektivverträge...).

- Kosten für vorvertragliche Informationsbeschaffung, was auch Informationen über die Eignung der PartnerInnen einschließt, u.a. weil insbesondere die öffentlichen PartnerInnen adverse Selektion verhindern wollen,
- Kooperationskosten während der Projektlaufzeit, und
- nachvertragliche (und wohl auch begleitende) Kontrollkosten.

Die drei Komponenten stehen in gegenseitiger Abhängigkeit: Im Extrem kann ein vollständiges Ausschöpfen der vorvertraglichen Informationsbeschaffung die Kooperationskosten gegen Null senken, sodass im Grunde statt eines PPP-Vertrages ein herkömmlicher Vertrag sinnvoll wäre. Budäus und Grüb (2007) sehen die häufige Forderung nach einer Mindestgröße bzw. Laufzeit von PPP-Projekten auch im Eigeninteresse derjenigen Professionen bzw. Institutionen, die für die Informationsbeschaffung im Vorfeld herangezogen werden, wie juristische und Beratungsfirmen: diese StakeholderInnen profitieren schließlich von hohen vorvertraglichen Ausgaben, haben aber kein unmittelbares Interesse an niedrigen Kooperationskosten während der Laufzeit. Bei kleinen Volumina der PPP-Projekte würde die Relation von vorvertraglichen Informationskosten und Projektvolumen sonst problematisch erscheinen.

Innerhalb der Vertrags-PPP kann eine weitere Unterscheidung getroffen werden: in jene PPPs, die primär auf die Realisierung von Effizienzzielen gerichtet sind, und PPPs, die aufgrund von Komplexität, Unsicherheiten oder strategischer Bedeutung von der öffentlichen Hand alleine gar nicht realisiert werden könnten.

Bei **Organisations-PPP** werden Ressourcen beider PartnerInnen zu einem Ressourcenpool zusammengelegt, wobei unter Ressourcen Unterschiedliches wie Kapital, Sachmittel, Rechte aber auch Know-how oder ein positives Image verstanden werden kann. Auch wenn die Entscheidung für das Poolen der Ressourcen von unterschiedlichen Einflussgrößen (spezielle Aufgabe, spezifische eigene Ressourcen oder jene der Partnerin bzw. des Partners, Unsicherheit über das Verhalten der Partnerin bzw. des Partners ...) determiniert wird, so sehen Budäus und Grüb (2007) doch Kapitalverwertungsmöglichkeiten auf privater Seite und Kapitalbedarf auf öffentlicher Seite als die wesentlichsten an, wenn auch öfter Innovations- oder Modernisierungsbestrebungen an die Seite des Finanzierungsziels der öffentlichen Hand treten.

Bezüglich Transaktionskosten gelten für Vertrags- und Organisations-PPP gleich lautende Überlegungen. Im Unterschied zu Vertrags-PPP sind Organisations-PPP jedoch auf die dauerhafte Wahrnehmung bestimmter, ansonsten öffentlich wahrgenommener Aufgaben ausgerichtet. Hauptzweck der PPP ist damit das gemeinsame Managen eines Ressourcenpools zur Erzielung des gewünschten Ergebnisses. Das Ressourcenpoolen muss jedoch in einem Mindestmaß zur Zielerreichung für beide PartnerInnen beitragen, um eine langfristige Funktionsfähigkeit der PPP zu gewährleisten. Durch den Ressourcenpool entsteht eine neue Leistungseinheit, beispielsweise eine GmbH. Kooperationsbedarf

entsteht nicht nur durch das gemeinsame Managen des Ressourcenpools, sondern auch aufgrund der Verteilung des erzielten Ergebnisses.

Tabelle 1: Abgrenzung von Vertrags- und Organisations-PPP

	Vertrags-PPP	Organisations-PPP
Grundlegendes institutionelles Arrangement	Markt	Hierarchie
Rechtliche Grundlagen	bilateraler Vertrag über Leistungen und Gegenleistungen	in der Regel GmbH-Gesetz als Rahmen und zusätzlich Gesellschaftervertrag
Grundstruktur	komplexe Beschaffungsvariante	Ressourcenpool
Dauer	zeitlich befristet	in der Regel unbefristet
Gegenstand	abgegrenztes Projekt	generelle Aufgabe
Regelung der Kooperation	ex ante Teil der vertraglichen Vereinbarung	Kooperationsverfassung, z. B. GmbH-/Gesellschaftsvertrag
Einfluss und Kontrolle	klar regelbar	unbestimmt; getrennte Kontrolle öffentlicher Kapitalbeteiligung in der Regel nicht möglich
Vertrauen	gemeinsame Konkretisierung der nicht vollständig definierten Kosten und Leistungen; Handhabung der durch die Principal Agent-Theorie erfassten Probleme (Informationssymmetrie, opportunistisches Verhalten)	gemeinsame Zielsetzung und Entscheidung über Management des Ressourcenpools sowie Ergebnisverwendung

Quelle: Budäus, Grüb (2007)

Die Motivation der öffentlichen PartnerInnen resultiert i.d.R. daraus, dass die entsprechende Aufgabe nicht mehr allein in der bisherigen Form wahrgenommen werden kann, dass eine vollständige Privatisierung aber nicht gewünscht ist. Gleichzeitig wollen die öffentlichen PartnerInnen Einfluss auf die Gestaltung der Aufgabenwahrnehmung wahren. Das ist nicht immer einfach, da sich die privaten PartnerInnen erfahrungsgemäß oft aktiver und strategischer verhalten, und ihre Motivation jedenfalls eine Mindestverzinsung des eingesetzten Kapitals beinhaltet (wenn wir von privat-gewinnorientierten PartnerInnen ausgehen). Die öffentlichen PartnerInnen hingegen werden nicht selten als eher passiv und defensiv wahrgenommen, insbesondere als sich im Zuge der Finanzkrise Fehlentscheidungen der Vergangenheit und daraus resultierender Finanzierungsdruck offenbarten.

Unterschiede und Ähnlichkeiten von Vertrags- und Organisations-PPP fassen Budäus und Grüb (2007) wie in Tabelle 1: Abgrenzung von Vertrags- und Organisations-PPP zusammen.

2.2.2. Infrastruktur versus Kerngeschäft

Die Leistungen im Wertschöpfungsprozess lassen sich untergliedern in Infrastruktur- und Kernleistungen, also die Summe jener Aktivitäten, die den primär angestrebten Output herbeiführen. Infrastrukturleistungen weisen i.d.R. im Gegensatz zur Kernleistung hohe Standardisierbarkeit auf. Dadurch kann die Infrastrukturleistung unabhängig von der Kernleistung bewertet werden, und lässt sich eben auch von Dritten erstellen. Die Unterscheidung in Infrastruktur- und Kernleistung löst das Informationsdefizit der Nachfrageseite bei der Bewertung zwar nicht, ermöglicht aber bessere Strukturierung und höheres Verständnis und verringert dadurch das Informationsdefizit etwas.

Im Gesundheitsbereich stellen Diagnostik und Behandlung durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal das Kerngeschäft dar. Leistungen wie Gebäude, technische Ausstattung, Wäscherei, Verpflegung oder Reinigung gelten als Infrastrukturleistungen. Auch Pflege in Form von Medikation, Verbandwechsel und Verpflegung wird gelegentlich der Infrastruktur zugerechnet.

Die Unterscheidung in Infrastruktur- und Kernleistungen ist besonders dort von Interesse, wo Vertrauensgüter bereitgestellt werden, also u.a. im Gesundheitsbereich. Elementare Kennzeichen von Vertrauensgütern sind die Schwierigkeit, sie zu standardisieren und zu messen. Oft hat nicht nur die Nachfrageseite (hier: die PatientInnen) Schwierigkeiten bei der Bewertung der Güter, sondern auch Fachleute (hier insbesondere: Ärztinnen und Ärzte) können die Wirkung erst langfristig erfassen. Auch ist eine eindeutige Zuordnung von Leistung(squalität) und Ergebnis oft nicht möglich. Als Ausweg werden zur Qualitätsmessung von Vertrauensgütern häufig Indikatoren komplementärer Infrastrukturleistungen (Beispiel Krankenhaus: Anteil Einzelzimmer, Verpflegung...) herangezogen, selbst wenn diese über die Qualität der Kernleistung nur sehr beschränkt – wenn überhaupt – Auskunft geben.

Die Unterscheidung in Infrastruktur- und Kernleistung hilft auch zu beantworten, welche Teile der Wertschöpfungskette im Rahmen von Outsourcing oder PPP an einen privaten Betrieb ausgelagert werden können. Argumente für eine öffentliche Leistungserbringung stützen sich i.d.R. auf die Charakteristika meritorischer Güter, und treffen somit auf die Kernaufgaben zu, aber kaum auf Infrastrukturleistungen.

2.3. Outsourcing: Theoretischer Hintergrund

Der Begriff Outsourcing benennt die Auslagerung von bis dahin selbst erbrachten Leistungen. Diese externe Nutzung von Ressourcen kann sich sowohl auf Produktionsleistungen wie auch auf Dienstleistungen beziehen. Eine Einflussnahme auf den

Leistungsprozess wird damit weitgehend aufgegeben. Krystek (2009) diskutiert einige Merkmale in Zusammenhang mit verschiedenen Outsourcing-Formen:

Marktbezug: Beim *internen Outsourcing* werden Prozesse und Funktionen auf eine (neu gegründete) Einheit im Unternehmen selbst übertragen (Ausgliederung), wohingegen bei *externem Outsourcing* Leistungen des Marktes zugekauft werden bzw. die Leistung durch Dritte erbracht wird (Auslagerung). Bei der intermediären Form des *gemischten Outsourcings* gründen Outsourcing-GeberIn und Outsourcing-NehmerIn ein Gemeinschaftsunternehmen. Im Zusammenhang der Privatisierung interessieren dementsprechend externes Outsourcing sowie gemischtes Outsourcing mit privatwirtschaftlichen Outsourcing-NehmerInnen.

Anzahl der Outsourcing-NehmerInnen: Wird mit dem Outsourcing-Objekt genau ein Unternehmen betraut, so spricht man von *Singlesourcing*, bei der Vergabe an mehrere Unternehmen handelt es sich um *Multisourcing*. Im Krankenanstaltenbereich liegt meist *Singlesourcing* vor. Dieses hat den Vorteil, dass bei der Leistungserbringung weniger Koordinationsaufwand als beim *Multisourcing* anfällt, im Gegenzug jedoch eine stark einseitige Abhängigkeit besteht.

Zeitliche und Standortdimension: Bei Outsourcing handelt es sich meist um mittel- bis langfristige Konzeptionen. Die Standortdimension ist von der Art der zu erbringenden Leistung abhängig. In Bezug auf die Outsourcing-Möglichkeiten von Spitälern ist der Radius aufgrund der Beschaffenheit des Outsourcing-Objekts meist begrenzt (etwa bei der Küche oder dem Labor).

Leistungsumfang: Werden lediglich einzelne Tätigkeiten ausgelagert, so wird im Gegensatz zum *totalen Outsourcing* von einem *partiellen Outsourcing* gesprochen. Dieses Merkmal bedingt eine funktionale Abgrenzbarkeit der Outsourcing-Tätigkeit. Aufgrund der Sensibilität des Spitalssektors kommt es dort bei Outsourcing-Vorhaben vorerst meist zu einem partiellen Outsourcing. Erst bei entsprechender Profilierung und positiven Resultaten durch die Outsourcing-NehmerInnen werden u.U. Tätigkeiten total outgesourct.

Im Bereich des Outsourcing finden die gleichen theoretischen Konzeptionen Anwendung wie in den zuvor besprochenen Formen der Privatisierung, wie speziell die Principal-Agent-Theorie oder die Transaktionskostentheorie. Bei ersterer kommt den Outsourcing-NehmerInnen die Rolle der Agents und den Outsourcing-GeberInnen jene der Principals zu. Dabei verfügen die Agents über Wissensvorsprung, der in der hierarchischen Anordnung der AkteurInnen einer asymmetrischen Informationsverteilung entspricht und zu negativen Auswirkungen für die Principals führen kann (etwa Moral Hazard).

2.3.1. Nutzen und Risiken von Outsourcing-Prozessen

Krystek (2009) führt eine Reihe von Risikofaktoren im Outsourcing-Prozess an, die einander in Tabelle 2 gegenüber gestellt werden.

Tabelle 2: Nutzen und Risiken von Outsourcing

Motive für Outsourcing	Risiken von Outsourcing
Die Vergabe der Leistungserbringung an Dritte birgt ein großes Kostensenkungspotenzial . Durch Skalen- bzw. Verbundeffekte und Lerneffekte bei Outsourcing-NehmerInnen kommt es zu einer Kostendegression. Fixkosten werden durch die Leistungsübernahme (inklusive der Prozessgestaltung bei fluktuierender Auslastung) durch Dritte variabel und ermöglichen eine größere Flexibilität.	Der Outsourcing-Prozess ist mit Umstellungen verbunden und verursacht hohen Koordinationsaufwand. Die Bestimmung der gesamten Kosten und des gesamten Nutzens durch das Outsourcing-Vorhaben ist daher aufwändig. Transaktionskosten sind oft schwer zu bestimmen. Dazu stellen oft versteckte Kosten eine Unsicherheit bei der Berechnung des Nettoeffekts (Bruttowertsteigerung minus Transaktionskosten) dar.
Weitere Motive für Outsourcing sind die Entlastung der Unternehmensleitung , eine Chance zur Erschließung neuer Geschäftsfelder , eine Verminderung der Komplexität bei gleichzeitiger Steigerung der Flexibilität und die durch Outsourcing ermöglichte stärkere Konzentration auf Kernaufgaben .	Erst eine klare Abgrenzung des Outsourcing-Objekts zu den restlichen Tätigkeiten ermöglicht eine einfache Konzentration auf Kernaufgaben. Unschärfe Trennlinien machen ein aufwendiges Schnittstellen-Management notwendig, welches die Komplexität steigert und eine Belastung für die Unternehmensleitung darstellt.
Zusätzlich kommt es zu einer Risikoverlagerung in Richtung der Outsourcing-NehmerInnen auf der Prozessebene und der Finanzierungsebene.	Das Risiko eines Misserfolges und die damit verbundenen Kosten einer Rückführung der Leistungserbringung ins Unternehmen (Backsourcing) müssen einkalkuliert werden.
Einige der Vorteile durch Outsourcing werden über den Wissensvorsprung der Outsourcing-NehmerInnen erzielt. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit eines Know-how-Transfers von Outsourcing-NehmerInnen zu -GeberInnen.	Fachwissen und Prozesskenntnisse können abfließen . Auch ein physischer Abfluss von Wissen durch den Abgang von Fachpersonal ist möglich (brain drain).

Quelle: Adaptiert nach Krystek (2009).

Aufgrund der Schwierigkeiten, die sich bei der Umsetzung von Outsourcing gezeigt haben, kommt es immer wieder zum sogenannten „*backsourcing*“, bei dem bereits ausgelagerte oder ausgegliederte Tätigkeiten später wieder eigenständig erbracht werden. Auch dieser Schritt birgt Risiken: Es muss sichergestellt werden, dass die Kapazitäten vorhanden sind

um die Funktionen wieder selbst zu übernehmen, MitarbeiterInnenmotivation kann leiden, wenn Personal zum zweiten Mal transferiert werden soll, sodass möglicherweise nicht alle mitziehen, und schlussendlich ist zu fragen ob Kompensationszahlungen aufgrund (vorzeitiger) Vertragsauflösung fällig werden.

Outsourcing bezieht sich oft auf personalintensive Aufgaben mit niedrigem Qualifikationsprofil. Den Outsourcing-NehmerInnen entstehen geringere Personalkosten durch die Spezialisierung im Dienstleistungssegment. Diese geringeren Kosten, durch Konzentration auf das Kerngeschäft, ermöglichen in weiterer Folge eine Branchenarbitrage. Durch die Spezialisierung in einem bestimmten (Dienst-)Leistungsbereich verfügen die Outsourcing-NehmerInnen oft über besser qualifiziertes Personal und über mehr Fachwissen in der prozessualen Leistungserbringung. Das allgemeine Know-how muss jedoch erst an die Aufgabenstellung der Outsourcing-GeberInnen angepasst werden, was je nach gestellter Aufgabe mit Kosten verbunden ist (Einlernkosten). Neben diesen Einlernkosten entstehen Aufwendungen durch aufgabenfremde Faktoren, wie etwa Integrationskosten. Die Einstellung und Integrationsbereitschaft der Belegschaft der Outsourcing-NehmerInnen oder auch das Gesamt- bzw. Stimmungsbild der Kunden und KundInnen (PatientInnen) in Bezug auf externe Leistungserbringer können hier Einfluss nehmen, gerade in einem so sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen.

Marsh und Warren (2013) weisen darauf hin, dass das unterschiedliche Ausmaß, in dem Krankenhäuser unterschiedlichen TrägerInnentyps Outsourcing nutzen, nicht nur monetäre Gründe haben muss. Sie sehen in der Outsourcing-Entscheidung auch die Relevanz nicht-monetärer Benefits für die Krankenhausleitung, wie direkte Personalkontrolle oder Reputation aufgrund hoher Qualität. Da in gemeinnützigen Einrichtungen allfällige Gewinne nur indirekt konsumiert werden können, besteht ein anders gelagerter Trade-off zwischen Gewinnen und nicht-monetären Benefits, mit höherer Bedeutung letzterer. Möchte man auch im gemeinnützigen Setting Outsourcing stärker nutzen, sollte daher diese spezifische Interessenslage in Betracht gezogen werden, anstelle 1:1 Erkenntnisse aus dem gewinnorientierten Bereich zu übertragen, über den ja mehr empirische Ergebnisse vorliegen.

2.3.2. Faktoren zur Leistungsbestimmung

In Anlehnung an Young (2007) können die Leistungsbereiche, die sich für Outsourcing-Vorhaben im Krankenhaus eignen, wie folgt zusammenfassend charakterisiert werden. Als Outsourcing-Objekte eignen sich eher Leistungen, die wenig spezialisierte Arbeitskräfte und eine geringe Einlernzeit benötigen⁵, ferner mit einem geringen Investitionsaufwand

⁵ In manchen Fällen geschieht ein Einkauf von Spezialleistungen, anstatt eigenes hochqualifiziertes (teures) Personal für seltene, wissensintensive Dienstleistungen zu beschäftigen. Die Leistungsfrequenz ist hier eine entscheidende Determinante.

verbunden sind und die von einer Vielzahl an MarktanbieterInnen bereitgestellt werden können (Billi et al. 2004: 297). Eine Negativdefinition der Eigenschaften von möglichen Outsourcing-Bereichen lässt sich über die Beschreibung der Kernkompetenzen eines Spitals geben. Nach Renner et al. (2001) lassen sich zentrale Leistungen, deren Erbringung im Haus beibehalten wird, wie folgt definieren:

- Patientennahe medizinische Leistungen
- Notfall-Leistungen mit direktem PatientInnenbezug
- Spezielle, komplexe Leistungen

Outsourcing-Objekte im Spitalssektor sind öfter als Leistungen charakterisiert, die nicht direkt die medizinische Versorgung bzw. Behandlung der PatientInnen betreffen und die keine diversifizierte, spezielle Leistungserbringung darstellen.⁶ Das Maß, an dem gemessen werden kann, wie diversifiziert bzw. speziell eine Leistungserbringung ist, richtet sich nach dem notwendigen Grad der Ausbildung der Humanressourcen, dem Technologiegrad, oder danach, ob es sich um Routineaufgaben oder Spezialeingriffe handelt. Die Auslagerung bzw. Ausgliederung eignet sich besonders bei Prozessänderungen mit geringem Investitionsbedarf. Outsourcing-Objekte sind meist Leistungen mit mittlerem bis hohem Durchführungsvolumen, deren Leistungserbringung einem standardisierbaren Arbeitsablauf mit eingeschränktem Koordinierungsbedarf folgt. Aufgrund der Spezialisierung in dem betroffenen (Dienst-)Leistungsbereich und durch eine flexiblere Personalstruktur ist es für die Outsourcing-NehmerInnen leichter, auf Frequenzschwankungen in der Auslastung zu reagieren.⁷ Die damit langfristig kostengünstigere Leistungserbringung ermöglicht die sogenannte Branchenarbitrage.

Die Entscheidung zwischen einer Beschaffung über den Markt oder einer Erbringung in der eigenen Leistungshierarchie kann als Optimierung der internen und externen Koordinationskosten aufgefasst werden. Durch die Übertragung der Prozessverantwortung für die vordefinierten Leistungen an die Outsourcing-NehmerInnen kommt es bei den Outsourcing-GeberInnen zu einer Flexibilisierung, speziell im Bereich der Personalaufwendungen, wodurch eine Variabilisierung und Optimierung der langfristigen Kosten ermöglicht wird. Dabei sind jedoch interne Machtstrukturen zu berücksichtigen. Outsourcing-Vorhaben können zu einer Demotivation beim Personal der Outsourcing-GeberInnen führen. Das Outsourcing-Vorhaben ist gleichzeitig stets von der gesetzlichen Regulierung bzw. allgemein von externen Einflussfaktoren und äußeren Rahmenbedingungen abhängig.

⁶ Im Kapitel zu internationalen Studien über Outsourcing, verdeutlicht sich der Trend zu mehr Outsourcing-Tätigkeiten im medizinischen Leistungsbereich.

⁷ Dienstleistungen werden zum Zeitpunkt der Produktion konsumiert, wodurch sich keine Möglichkeiten zur Lagerhaltung ergeben. Daher kommt Frequenzschwankungen in der Auslastung eine bedeutende Rolle in der Prozessplanung zu. Speziell der tertiäre Bereich ist von Leistungen im Dienstleistungssektor geprägt.

Young (2007) hebt zusätzlich die Bedeutung von Distanz bzw. den Unterschied von ländlichen und urbanen Gebieten hervor. Für ländlich gelegene Krankenhäuser ist es schwerer, entsprechend ausgebildetes Personal zu finden, und Flexibilisierungsmöglichkeiten der Belegschaft sind oft geringer. Outsourcing bietet theoretisch Lösungsmöglichkeiten für gerade solche Problematiken, aber die Kosten des Outsourcings sind im ländlichen Raum auch höher als in Ballungszentren, da die Outsourcing-NehmerInnen unter denselben problematischen Strukturbedingungen arbeiten müssen. Weiters können lokale bzw. topologische Gegebenheiten im betreffenden Einzugsgebiet eine große räumliche Distanz zwischen den PartnerInnen innerhalb einer Kooperation schaffen, woraus sich höhere Transportkosten bzw. ein hoher Transportkostenanteil ergeben. Auch wenn Entfernung und Transportkosten eine zentrale Bedeutung für Kooperationsmöglichkeiten erlangen, so ist ihr Einfluss doch abhängig von der Art der auszulagernden Leistung. Bei Informationen wie PatientInnendaten spielt die Entfernung keine Rolle. Der Transport von Laborproben gestaltet sich bereits schwieriger, ist jedoch anhand eines systematisierten Prozesses bewältigbar. Durch eine Zentralküche gekochte warme Speisen lassen sich transportieren, unterliegen aufgrund der Auskühlung jedoch einer Einschränkung bezüglich der Lieferentfernung. Diagnosegeräte hingegen sind i.d.R. immobil und verlangen eine gewisse Mobilität bei den PatientInnen.

3. Internationale Erfahrungen mit unterschiedlicher TrägerInnenschaft von Krankenhäusern

In einem ersten Schritt wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Hierzu wurde mit unterschiedlichen Kombinationen der relevanten Schlüsselwörter (wie Rehabilitation, performance, efficiency, owner, ownership) in einschlägigen Datenbanken (pub med, JStor, Google Scholar...) gesucht. Die Literaturrecherche nach internationalen Evaluationsstudien von Privatisierungen von Rehabilitationseinrichtungen verlief ergebnislos. Daraufhin wurde die Recherche auf Krankenhäuser in Kombination mit den Kriterien Privatisierung und Performance ausgeweitet. Bezogen auf Krankenhäuser, insbesondere auf jene für die Akutversorgung, besteht eine reiche Literaturbasis, deren Ergebnisse wir in diesem Kapitel zusammenfassen. Generell kann man sagen, dass die internationalen Ergebnisse bezüglich Kosten- oder Effizienzvorteilen nach TrägerInnenschaft ein recht uneinheitliches Bild ergeben, vgl. hierzu beispielsweise die Überblickstabellen in Fageda und Fiz (2010:29) oder Tiemann et al. (2012). In den einzelnen Studien wurde eine Bandbreite unterschiedlicher Kriterien untersucht, die die unterschiedlichen Evaluationsschwerpunkte, aber auch unterschiedliche Rahmenbedingungen widerspiegeln.

3.1. Empirische Evidenz zu Effizienzunterschieden nach TrägerInnentyp

Empirische Evidenz zur Frage des Zusammenhangs zwischen Effizienz und TrägerInnenschaft von Krankenhäusern liegt unseres Wissens nur für wenige Länder vor; ein großer Teil der europäischen Literatur hierzu beschäftigt sich mit Deutschland⁸. Dies steht wohl in Zusammenhang damit, dass Deutschland das einzige Industrieland ist, das in großem Umfang öffentliche Krankenhäuser aller Größenordnungen und Aufgabenstellungen verkauft hat (Stumpfögger 2007). Auffallend ist in Deutschland hierbei die wichtige Rolle privat-gewinnorientierter Krankenhausträger: Im Jahr 2012 wiesen die USA zwar einen höheren Anteil privater Krankenhausbetten aus, vier Fünftel davon standen aber unter privat-gemeinnütziger TrägerInnenschaft. In Deutschland hingegen haben die privat-gewinnorientierten TrägerInnen über die letzten Jahre an Marktanteil gewonnen und inzwischen sind die Anteile privat-gemeinnütziger und privat-gewinnorientierter TrägerInnen gleich hoch, vgl. Tabelle 3. Für Frankreich, ein weiteres europäisches Land mit stärker durchmischter TrägerInnenstruktur im Krankenhaussektor, bestehen unseres Wissens nur wenige Analysen (vgl. Dormont, Milcent 2012).

Tabelle 3: Krankenhausbettenanteil nach TrägerInnentyp, ausgewählte Länder, 2012

	öffentlich	privat	privat-gemeinnützig	privat-gewinnorientiert
Österreich	70%	30%	18%	13%
Deutschland	40%	60%	30%	30%
Frankreich	62%	38%	14%	24%
Spanien	69%	31%	12%	19%
USA (2010)	25%	75%	60%	15%

Quelle: OECD Health Statistics (2014).

Tiemann et al. (2012a) geben einen Überblick über empirische Evidenz zur Frage, inwieweit die TrägerInnenschaft von Akut-Krankenhäusern mit Effizienzunterschieden einhergeht. Ihre Arbeit entstand vor dem Hintergrund der stark zunehmenden Bedeutung profitorientierter Akut-Krankenhäuser in Deutschland und der damit verbundenen Hoffnung, die Effizienz im Krankenhauswesen durch mehr Profitorientierung heben zu können. Sie untersuchen nur

⁸ In den Niederlanden ist der Anteil der privaten zwar noch höher – alle Krankenhäuser sind privat-gemeinnützig. Durch die einheitliche TrägerInnenstruktur können die Niederlande somit nicht für nationale Vergleichsstudien genutzt werden, sondern würden einen grenzübergreifenden Vergleich notwendig machen, der aufgrund international unterschiedlicher gesetzlicher Bedingungen sehr aufwändig wäre. Für das Vereinigte Königreich wiederum wird zwar ein steigender Anteil privater Krankenhäuser konstatiert; die hier verwendete OECD Statistik weist aber ausschließlich öffentliche Krankenhäuser aus und liefert keine Informationen zu privaten TrägerInnen im Vereinigten Königreich.

empirische Arbeiten über Krankenhäuser der Akut-Versorgung, also keine rein theoretischen Arbeiten oder Fallstudien. Sie schließen sowohl Arbeiten ein, deren Forschungsfrage auf den Einfluss der TrägerInnenschaft fokussiert ist, als auch Arbeiten, in denen die TrägerInnenschaft lediglich eine von mehreren Kontrollvariablen darstellt. Sie besprechen die vorhandenen Arbeiten für Deutschland getrennt von anderen internationalen, in der Regel US-amerikanischen Arbeiten. Der Befund aus den insgesamt 11 US-amerikanischen Arbeiten ist sehr gemischt und lässt sich kaum vereinheitlichen. Wie auch bei Shen et al. (2007) thematisiert, finden sie praktisch jedes theoretisch mögliche Ranking der Effizienz nach TrägerInnengruppen in zumindest einer der Studien. Somit fehlt entgegen den im vorigen Abschnitt dargelegten theoretischen Begründungen die empirisch haltbare Evidenz (aus den USA) dafür, dass private Krankenhäuser tendenziell höhere Effizienz aufweisen, seien sie nun profit-orientiert oder gemeinnützig.

Ergebnismessungen im Gesundheitsbereich sind traditionell problematisch. Daher ist anzumerken, dass nur ein Teil der Effizienzstudien die Fallschwere berücksichtigt, und dass Arbeiten gänzlich fehlen, die einen Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität, Effizienz und TrägerInnenschaft aufzuspüren versuchen.

Tiemann et al. (2012a) fassen auch die in den letzten Jahren für Deutschland entstandenen Effizienzstudien mit Berücksichtigung der TrägerInnenschaft zusammen. Frühe Arbeiten wiesen noch größere Datenprobleme auf, die die Ergebnisse verzerren und daher hier nicht besprochen werden. Seit 2008 wurden jedoch einige Daten auf Krankenhausebene für Forschungsfragen zugänglich gemacht, sodass methodisch bessere Arbeiten möglich geworden sind. Von den bis zum Tiemann-Überblick entstandenen vier Arbeiten mit diesen Daten⁹ weisen drei auf Effizienzunterschiede nach TrägerInnenschaft hin und finden höhere Effizienz in öffentlichen im Vergleich zu privat-gemeinnützigen (drei Studien) bzw. privat-gewinnorientierten (zwei Studien) Krankenhäusern. Das Ergebnis über Effizienzvorteile privat-gewinnorientierter gegenüber öffentlichen Krankenhäusern (Werblow et al. 2010) wird von Tiemann et al. (2012a) aufgrund des angreifbaren Case-Mix Indikators kritisiert, der ja systematisch Organisationen mit Gewinnabsicht bevorzugt. Die vierte Studie (Herr et al. 2010) verwendet ein kleineres Sample und erzielt keine signifikanten Ergebnisse. Damit stehen diese Ergebnisse im Widerspruch zu jenem „TrägerInnen-Ranking“, das aufgrund theoretischer Modelle und Erklärungen zu erwarten wäre.

Über **Frankreich** liegen nur wenige Studien vor, die sich mit Effizienzunterschieden nach TrägerInnentypen beschäftigen, obwohl gerade in Frankreich der private Krankenhausmarkt vergleichsweise groß ist. Im Unterschied zu Deutschland erfüllen private Krankenhäuser in Frankreich aber in geringerem Maße die gleiche Rolle wie öffentliche Krankenhäuser, sondern sind stärker spezialisiert. So wird ein hoher Anteil der Operationen bei stationären wie ambulanten PatientInnen in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern durchgeführt,

⁹ Herr (2008), Tiemann, Schreyögg (2009), Werblow et al. (2010), Herr et al. (2011)

während sich privat-gemeinnützige Krankenhäuser u.a. auf den Bereich der Krebsbehandlung spezialisiert haben (Riedel et al. 2012).

In einer der wenigen Effizienzanalysen zur TrägerInnenschaft in Frankreich wählen Dormont und Milcent (2012) eine etwas andere Herangehensweise. Sie fragen, ob die in administrativen Quellen ersichtlichen Effizienzurückstände öffentlicher und privat-gemeinnütziger Krankenhäuser durch Unterschiede in der PatientInnenstruktur zu erklären sind, da diese Häusergruppen in einem anderen rechtlichen Rahmen operieren. Sie dürfen beispielsweise keine PatientInnen ablehnen, und können sich weniger als privat-gemeinnützige Häuser auf lukrative Behandlungssegmente spezialisieren. Daher sah die Einführung eines DRG¹⁰-basierten Bezahlungssystems für Krankenhäuser im Jahr 2004 auch unterschiedliche Tarife für private und gemeinnützige Häuser vor, die bis 2018 konvergieren sollten; letzteres Vorhaben wurde inzwischen allerdings aufgegeben. Als Ursachen für die niedrigere Produktivität der öffentlichen Krankenhäuser identifizierten Dormont und Milcent (2012) die Größe (d.h. „zu große“ Krankenhäuser), und wie vermutet PatientInnencharakteristika und einen geringeren Anteil lukrativerer, z.B. chirurgischer Fälle. Beim Vergleich von diesbezüglich einheitlicheren Häusern mittleren und großen Zuschnitts erschienen öffentliche Häuser sogar effizienter als private.

In den **Vereinigten Staaten** bestand schon früher ein politisches wie akademisches Interesse an Kosten- und Qualitätsunterschieden zwischen TrägerInnengruppen. Die Ergebnisse hierüber waren, wie erwähnt, sehr uneinheitlich, sodass sich eine Forschergruppe auf Ursachenforschung für die heterogenen Ergebnisse begab. Hieraus entstanden zwei Metastudien, die sich Kosten- und Effizienzunterschieden nach TrägerInnengruppen bzw. Qualitätsunterschieden nach TrägerInnengruppen widmete.

Bezüglich Einnahmen und Profitmargen fanden die von Shen et al. (2007) berücksichtigten Studien entweder einen Unterschied zwischen gewinnorientierten und gemeinnützigen Krankenhäusern, oder höhere Profite bzw. Einnahmen bei den Gewinnorientierten. Weniger einheitlich ist das Bild bezüglich Effizienz- und Kostenunterschieden. Es wurde ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Untersuchungsmethode und Ergebnis festgestellt, hauptsächlich zwischen gewinnorientierten und gemeinnützigen privaten Krankenhäusern: Größere Effizienzunterschiede stehen tendenziell in Zusammenhang mit der Berücksichtigung von nur wenigen Kontrollvariablen. Dies kann so interpretiert werden, dass andere Charakteristika die Effizienz ebenso oder mehr beeinflussen als der TrägerInnentyp.

Studien mit einer geringen Zahl oder regional eingeschränkten Beobachtungen finden öfter Effizienzvorteile für gewinnorientierte Krankenhäuser als Studien mit US-weiten Datensätzen, die dann zwar zu hohen Effektgrößen, aber auch hoher Unsicherheit führen¹¹.

¹⁰ Diagnosis Related Group

¹¹ „Wenig“ Beobachtungen waren hier als unter 200 definiert. Die für Österreich typischen Effizienzuntersuchungen weisen aufgrund der beschränkten Zahl von Krankenhäusern meist ebenfalls „wenig“ Beobachtungen auf.

Auch Fehlspezifikationen (keine log-Transformation) ergeben überschätzte Ausgabeneffekte. In die Metaanalyse wurden sowohl auf die Identifikation von TrägerInnenunterschieden fokussierte Arbeiten aufgenommen wie auch Studien, die den TrägerInnentyp als einen von mehreren möglichen Einflussfaktoren in einer anders fokussierten Studie verwendeten (Shen et al. 2007).

Bezüglich Outcome-Unterschieden nach TrägerInnentyp liegen aus den USA unterschiedliche Resultate vor. Eine Meta-Analyse dieser Arbeiten bestätigt, dass der Untersuchungszeitraum (vor oder nach 1990), regionale Abdeckung (ganz USA oder Teilgebiete) und verwendeter Datensatz (Medicare Claims, National Long-term Care Survey oder kleinere Datensätze) die gewonnenen Ergebnisse beeinflussen. Demnach finden sich Qualitätsnachteile der privat-gewinnorientierten gegenüber privat-gemeinnützigen Krankenhäuser eher bei Untersuchungen mit US-weiten Medicare-Daten, und geringere Qualitätsunterschiede in neueren Untersuchungen. Staatliche Krankenhäuser schneiden häufig schlechter ab als privat-gemeinnützige; allerdings vergleichen nicht alle Untersuchungen alle drei TrägerInnentypen (Egglestone et al. 2008).

3.2. Effizienzentwicklung bei Wechsel der TrägerInnenart

Während sich einige Arbeiten mit Effizienzunterschieden nach TrägerInnenart beschäftigen, sind Arbeiten seltener, die die Effizienzänderung bei Wechsel der TrägerInnenart untersuchen. Für den amerikanischen Krankenhausmarkt liegen einige meist ältere Arbeiten vor, die Unterschiede in der Effizienz durch Änderung des TrägerInnenstatus bestätigen. Tiemann und Schreyögg (2012) kritisieren an diesen Arbeiten, dass sie nicht unbedingt den Wechsel zwischen zwei spezifischen TrägerInnentypen untersuchen, sondern oft nur den Effekt eines Wechsels an sich. Außerdem werden oft andere, gleichzeitig wirksame Effekte nicht berücksichtigt bzw. ausgeschlossen (Fehlen von Kontrollgruppen). Zudem fokussieren die amerikanischen Untersuchungen oft auf die Auswirkung auf Kosten und Gewinne, obwohl privat-gemeinnützige und öffentliche Unternehmen oft gerade nicht diese Messlatte anpeilen. Ein Fokus auf Effizienz oder Produktivität wäre daher sinnvoller.

Exemplarisch wird eine der amerikanischen Arbeiten vorgestellt. Shen (2002) untersucht Outcomeunterschiede bei akutem Myocard-Infarkt von Medicare-Versicherten in den USA. Der Fokus auf Myocard ist bewusst gewählt um Selektions-Effekte nach Gesundheitszustand oder unbeobachtbaren Merkmalen auszuschließen: Bei Myocard-Infarkt ist schnelles Reagieren essenziell, so dass Selektionseffekte in den Hintergrund treten. Die Analyse ist zweiteilig: Zum einen werden trägerspezifische Niveau-Unterschiede bei adversen Events (also Todesfälle oder Komplikationen als negative Outcomes) nach den drei TrägerInnengruppen untersucht, zum anderen wird untersucht, ob und wie sich die Häufigkeit von adversen Events nach Wechsel des TrägerInnentyps ändert. Die

Untersuchung bestätigt einmal mehr kleine, aber signifikante Qualitätsdefizite bei US-amerikanischen gewinnorientierten Privatspitälern (häufigere adverse Events als bei gemeinnützigen Privatspitälern). Des Weiteren zeigte sich, dass beim Wechsel vom privat-gemeinnützigen zum privat-gewinnorientierten Status auch die Qualität litt, indem adverse Events häufiger wurden. Dies wurde in Zusammenhang mit gesenkter Betreuungsintensität (weniger Personal je Bett), weniger Bypass-Eingriffen und Schließung hausinterner Spezialabteilungen gesehen. Bei anderen Konstellationen eines geänderten TrägerInnentyps (zu privat-gemeinnützig oder zu staatlich) traten hingegen kaum Veränderungen im Outcome auf.

Auch für Deutschland liegen inzwischen einige wenige, aber sehr aktuelle und methodisch anspruchsvolle Arbeiten vor. Tiemann und Schreyögg (2012b) analysieren die Entwicklung der Effizienz beim Wechsel des TrägerInnentyps mit dem Fokus auf Privatisierungen, also durch den Verkauf eines zuvor öffentlichen Krankenhauses, meist an eine private Klinikette. Dabei kombinieren sie ein zweistufiges DEA-Verfahren mit einer Difference-in-Difference Analyse, vergleichen also mit der Entwicklung in einer Kontrollgruppe (matched pairs) um externe Effekte so gut wie möglich ausschließen zu können. Zudem können sie auf einen detailreichen Datensatz zurückgreifen, und können daher um Markteffekte sowie krankenhausspezifische Effekte kontrollieren (z.B. den Anteil von Privatbetten der Belegärztinnen und –ärzte). Sie kommen zum Ergebnis, dass der Übergang von öffentlichen zu privat-gewinnorientierten TrägerInnen assoziiert ist mit einem langfristigen Effizienzgewinn um 2.9-4.9 Prozent. Beim Übergang in den privat-gemeinnützigen Status hingegen nimmt das Ausmaß der Effizienzgewinne im Lauf der Zeit ab, daher gehen sie davon aus, dass allfällige Effizienzgewinne nur vorübergehend sind. Als Hauptursache der Effizienzgewinne identifizieren sie Umstellungen im Personal: In allen Beschäftigtenkategorien außer der ärztlichen wurden nach Privatisierung deutlich niedrigere Personalintensitäten verzeichnet als vor Privatisierung.

Ausgehend von der Überlegung, dass 60 Prozent der Krankenhauskosten in Deutschland Personalkosten sind, und der Beobachtung dass die Personaldichte in privaten Krankenhäusern niedriger als in öffentlichen Krankenhäusern ist, untersuchen Heimeshoff, Schreyögg, Tiemann (2013) den Effekt von Privatisierungen von Krankenhäusern im Allgemeinen und auf Personalkennzahlen (gesamt und für fünf Beschäftigtengruppen) im Besonderen. Sie wenden einen Difference-in-Difference Ansatz auf Daten aus dem Zeitraum 1997-2007 an. Gewinnorientierte Krankenhäuser reduzierten demnach ihre Belegschaft im ersten Jahr nach Privatisierung um 5 Prozent, und innerhalb von vier Jahren ab Privatisierung um 12 Prozent. Der Effekt war besonders groß bei anderem nicht-klinischen Personal sowie im Administrationsbereich, während die Ärzte- und Ärztinnenschaft signifikant, aber in sehr geringem Ausmaß betroffen war. Bei nicht-gewinnorientierten Häusern hingegen war kein signifikanter Beschäftigungsabbau erkennbar; in manchen

Personalgruppen wurde sogar ein (insignifikanter) Beschäftigungszuwachs verzeichnet.¹² Die AutorInnen der deutschen Studie schließen daraus, dass die Zielsetzung der Privatisierungsbemühung damit auch die Richtung der Privatisierung vorgibt: Liegt der Fokus auf Privatisierung unter Erhalt der Beschäftigung, sollte eine non-Profit Konstruktion bevorzugt werden. Liegt die Zielsetzung aber in einer Verbesserung der Effizienz, sollte gewinnorientierten TrägerInnen der Vorzug gegeben werden. Da der Beschäftigungsabbau vornehmlich im nicht-ärztlichen Bereich beobachtet wurde, haben die AutorInnen auch keine großen Bedenken über Qualitätsverluste durch Privatisierung, räumen aber ein, dass dieser Aspekt noch weiter untersucht werden sollte.

Stumpfögger (2007) beleuchtet die Privatisierungswelle in der deutschen Krankenhauslandschaft aus der Perspektive der Belegschaft. Die Privatisierung ging oft nicht nur mit einem Personalabbau einher, sondern auch mit geänderten Arbeitsbedingungen oder Lohnentwicklungen. Auch auf letzterer Ebene waren andere Personalkategorien stärker betroffen als die ärztliche. MedizinerInnen, insbesondere in Leitungs- und spezialisierten Funktionen, konnten zum Teil sogar Einkommensgewinne verzeichnen, was zum einen in Zusammenhang mit zunehmender Konkurrenz um Ärztinnen und Ärzte, und zum anderen als Ausgleich für die mit dem TrägerInnenwechsel einhergehenden organisatorischen Umstellungen interpretiert wurde. Da die Leistungsmenge aber nicht gleichzeitig abnahm, erhöhten sich Leistungsdruck und Arbeitsintensität.

Der beobachtete Personalabbau konnte zum Teil auch dann erzielt werden, wenn im Zuge der Privatisierung Beschäftigungsgarantien, zumindest zeitlich befristet, abgegeben worden waren. Dieser Beschäftigungsabbau erfolgte über mehrere Kanäle. So machten manche Beschäftigte von ihrem Rückkehrrecht in den öffentlichen Dienst Gebrauch, andere nutzen Abfindungsregelungen sowie „Sprintprämien“, also Prämien die anfangs hoch und dann sukzessive fallend sind. Auch Ausgliederungen von Funktionsbereichen (EDV, Logistik, Labore, Poliklinik, Pathologie) in neu gegründete Firmen spielten eine Rolle. Oft verjüngte sich in diesem Prozess die Belegschaft, was Stumpfögger (2007) in Zusammenhang mit gestiegenem Leistungsdruck sieht. Es drängt sich allerdings die Vermutung auf, dass Senioritätselemente in Lohn- oder Gehaltsstrukturen hier auch eine Rolle spielen dürften.

3.3. Kritische Würdigung

In den öffentlichen Debatten gibt es eine Reihe von Argumenten für ein größeres Engagement privater AnbieterInnen in der Gesundheitsversorgung. Das populärste Argument ist wohl, dass die Privaten effizienter wären und eine bessere Qualität der

¹² Die Ergebnisse sind unabhängig davon, ob die Beschäftigung absolut oder pro Aufnahme oder Belagstag gerechnet wurde.

Versorgung bieten. Auch die vorliegenden theoretischen Erklärungsmodelle legen, jedenfalls in ihren Grundformen, einen Vorteil der Privaten, und hier insbesondere der Privatgewinnorientierten nahe. Bezogen auf den Gesundheitsmarkt ist die Frage von Effizienz und TrägerInnenschaft insbesondere für den deutschen und den amerikanischen Krankenhausmarkt empirisch untersucht worden. Weder für die USA noch für Deutschland haben wissenschaftliche Untersuchungen aber bislang einen eindeutigen Effizienzvorteil für profitorientierte Krankenhäuser belegen können.

Die Ergebnisse sind aber – natürlich – im Kontext der Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes zum Untersuchungszeitpunkt und ihren inhärenten Anreizen zu sehen. Beispielsweise kam eine der deutschen Untersuchungen für die Jahre 2001-2003 zu dem Schluss, dass öffentliche TrägerInnenschaft sowohl hinsichtlich technischer Effizienz als auch hinsichtlich Kosteneffizienz der privaten und privat-gemeinnützigen TrägerInnenschaft überlegen sei (Herr 2008). Die Unterlegenheit gewinnmaximierender Privatspitäler ist in diesem Zeitraum plausibel, wenn man bedenkt dass damals noch Tagespauschalen die Grundlage der Spitalshonorierung darstellten: Bei freier Bettenkapazität ermöglichen längere Verweildauern höhere Einnahmen. Das steigert zwar auch die gesamten Kosten, senkt aber die Durchschnittskosten pro Tag. Da diese Kosten medizinisch nicht notwendig sind, führt der den Tagespauschalen inhärente Anreiz zu niedrigerer Kosteneffizienz.

Eine Folgeuntersuchung mit einem etwas homogenen Krankenhaus-sample schloss Beobachtungsjahre vor und nach DRG-Einführung ein (Herr et al. 2011). Privatspitäler wiesen zwar immer noch etwas weniger technische und Kosteneffizienz auf, dieser Unterschied war jedoch nicht mehr statistisch signifikant, die privaten Krankenhäuser haben Ineffizienzen abgebaut und sich den öffentlichen Häusern angenähert. Weiters wurde in dieser Arbeit auch die Gewinneffizienz untersucht, und ergab ein signifikant besseres Resultat für Privatspitäler. Die Autorin der deutschen Studie interpretierte dieses Ergebnis in Zusammenhang mit kostenintensiverer Produktion. Ob daraus eine haltbare Begründung für Profitorientierung abgeleitet werden kann, ist zweifelhaft, da die Gewinnausschüttung dem System Mittel entzieht, die andernfalls für Investitionen eingesetzt werden könnten (Herr 2012).

Die genannten Beispiele verdeutlichen, dass der Bezug zwischen TrägerInnenschaft und Effizienz nicht hergestellt werden kann, ohne auch andere Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen mit zu berücksichtigen. Insofern ist es problematisch, aus Ergebnissen anderer Länder mit unvermeidlich unterschiedlichem gesetzlichem Rahmenwerk Schlüsse für ein anderes Land zu ziehen. Sollen diese Schlüsse in weiterer Folge auf ein anderes Setting (Akutkrankenhäuser – stationäre Rehabilitation) bezogen werden, wird die Betrachtung noch komplexer.

Für die Übertragung der Erkenntnisse aus den deutschen Zahlen auf Österreich werden einige Ergebnisse in Tabelle 4 zusammengefasst und einer trägerspezifischen

Effizienzuntersuchung für Österreich gegenübergestellt.¹³ Demnach übertreffen in Deutschland öffentliche Krankenhäuser tendenziell die privat-gemeinnützigen hinsichtlich Effizienz, während dies in Österreich nicht der Fall ist. Cypionka et al. (2013) erläutern diesen Unterschied anhand der unterschiedlichen Finanzierungsstruktur in beiden Ländern: Während das DRG-System in Deutschland darauf ausgelegt ist, die laufenden Kosten des Krankenhausbetriebes bei wirtschaftlicher Führung abzudecken, und zwar unabhängig von der TrägerInnenschaft der Krankenanstalt, ist diese Zielsetzung im österreichischen Pendant (dem leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystem, kurz LKF-System) nicht verankert. Es bleibt ein je nach Bundesland unterschiedlich hoher „Betriebsabgang“, der durch die TrägerInnen zu decken ist. Für private TrägerInnen wurde im Gegensatz zu öffentlichen TrägerInnen bislang kein Automatismus erstellt, wie diese Betriebsabgänge zu decken sind. Bei privaten TrägerInnen wird die Betriebsabgangsdeckung vielmehr zwischen TrägerInnenorganisation und Vertretung des jeweiligen Bundeslandes ausverhandelt. In den damit einhergehenden Unsicherheiten dürfte ein erhebliches Motiv für effiziente Betriebsführung auf Seiten der privat-gemeinnützigen TrägerInnen stecken. In diesem Kontext ist auch zu sehen, dass privat-gemeinnützige TrägerInnen in Österreich vornehmlich kirchliche Organisationen sind, die ursprünglich eine karitative Zielsetzung verfolgen. Dass sich in Österreich privat-gewinnorientierte Klinikketten noch weit weniger etabliert haben als in Deutschland, der europäischen „Hochburg privater Klinikketten“, liegt wohl zu einem guten Teil an diesen finanziellen Unsicherheiten.

Sollen diese Erkenntnisse auf den Bereich der Rehabilitationseinrichtungen übertragen werden, so ist die Schlussfolgerung, dass zwar trägerspezifische Effekte vorhanden sein können, diese aber von der spezifischen Ausgestaltung der gesamten Anreizstruktur für das Management der jeweiligen Einrichtungen überlagert werden. Bezahlungssysteme spielen hier eine wichtige Rolle.

¹³ Die Tabelle berücksichtigt nicht die älteren Untersuchungen für Deutschland, die von einer weniger gehaltvollen Datenbasis ausgehen (müssen) und von geringerer methodischer Tiefe sind.

Aus der österreichischen Untersuchung wurden privat-gewinnorientierte Häuser ausgeschlossen, da sie anders finanziert werden und nur ein sehr selektives Diagnosespektrum bedienen, während die Position in Deutschland weit unabhängiger vom TrägerInnentypus ist.

Tabelle 4: Effizienzvergleich von Krankenhäusern nach TrägerInnentyp

Studie	TrägerInnen-Fokus der Studie	Beschreibung der Daten			Methode und Kontrollvariablen					Ergebnis		
		Region	Jahre	Stichprobenumfang	Methode	PatientInnenheterogenität	Krankenhaus-Merkmale	Markt-Merkmale	Qualitätsmaß	Öff. vs prof.	Öff. vs gem.	Prof. vs gem.
Herr (2008)	X	Deutschland	2001-2003	1565	SFA. Kosten- und technische Effizienz	individuelle VD, Diagnosen, Einzelleistungen, Alter	X	--	Mort. bei Aufenthalt	öff.	öff.	gem.
Tiemann, Schreyögg (2009)	X	Deutschland	2002-2006	1046	DEA (zweistufig). technische Effizienz, Bootstrapping	individuelle Diagnosen, Einzelleistungen, Alter	X	X	Mort. bei Aufenthalt	öff.	öff.	n.s.
Werblow et al. (2010)	X	Deutschland	2002-2007	1036	DEA (zweistufig). technische Effizienz	DRG Case-Mix 2007	X	X	Mort. bei Aufenthalt	prof	öff.	prof.
Herr et al. (2011)	X	Deutschland	2002-2006	541	SFA. Gewinn-, Kosten- und technische Effizienz	individuelle VD, Diagnosen, Einzelleistungen, Alter	X	X	Mort. bei Aufenthalt	n.s.	n.s.	n.s.
Czypionka et al. (2013)	X	Österreich	2010	128	DEA (zweistufig). technische Effizienz	DRG Case-Mix 2010	X	X	--	--	gem	--

Anmerkungen: SFA - Stochastic Frontier Analysis, DEA - Data Envelopment Analysis, VD - Verweildauer, öff - öffentliche Träger, gem. - privat-gemeinnützige Träger, prof. - privat-gewinnorientierte Träger, n.s. - nicht signifikant

Quelle: IHS HealthEcon in Anlehnung an Tiemann et al. (2012a).

Die Anreizwirkungen von Pauschal- oder Tagsatz-Systemen einerseits und DRG-Systemen andererseits wurden im Zusammenhang der Krankenanstaltenfinanzierung international wiederholt untersucht. Es ist bekannt, dass einheitliche Tagsätze ohne Berücksichtigung von Fallschwere oder Komplexität zu Cream-Skimming oder Rosinen-Picken (ver)föhren: bei einheitlichen Tagsätzen ist es betriebswirtschaftlich lohnender, weniger komplexe Fälle zu behandeln.¹⁴ Analoges gilt auch, wenn DRGs zu wenig ausdifferenziert werden, bzw. die Verbuchung der „richtigen“ DRG-Gruppen nicht ausreichend gewährleistet ist (Stichworte Up-Coding, DRG Creep). Effizienzuntersuchungen, die diese Umstände nicht (ausreichend) berücksichtigen, föhren zu verfälschten Ergebnissen. Allfällige Effizienzvorteile privater KrankenhausträgerInnen werden häufig in Zusammenhang mit Unterschieden in der Fallschwere bzw. mit der Spezialisierung auf „lohnende“ Fallgruppen gesehen. Oft verschwindet der scheinbare Effizienzunterschied, oder verringert sich erheblich, wenn derartige Unterschiede in der Analyse berücksichtigt werden (vgl. z.B. Herr et al. 2012, Dormont, Milcent 2012).

Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser wollen/sollen definitionsgemäß Gewinne abwerfen. Da rund zwei Drittel der laufenden Ausgaben auf Personalausgaben entfallen, auch in österreichischen Akut-Krankenhäusern (Bundesministerium für Gesundheit 2013) setzen Kostendämpfungsmaßnahmen unvermeidbar an diesem Bereich an. Tiemann, Schreyögg (2013) weisen nach, dass beim Übergang von öffentlicher zu privat-gewinnorientierter TrägerInnenschaft eine Reduktion der Belegschaft erfolgt, die offenbar in der mittleren bis langen Frist den zweistelligen Prozentbereich erreicht. Dies wird nicht allein mit der Konzentration auf wenig (personal)kostenintensive PatientInnengruppen zu erzielen sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auch andere, nicht unmittelbar Einnahmen erzielende Tätigkeiten eingeschränkt werden, wie die praktische Ausbildung von medizinischem Personal.

Die deutsche Privatisierungswelle im Krankenhausbereich ging mit Lohneinbußen für weite Teile der Belegschaft einher, die u.a. durch die Tarifstruktur in Deutschland erleichtert wurden: Während in Österreich Kollektivverträge branchenweit abgeschlossen werden, waren die deutschen Klinikketten bestrebt Haus- oder Konzerntarifverträge abzuschließen, was im deutschen Recht möglich ist. Rehabilitationseinrichtungen liegen gerne in strukturschwachen Gebieten errichtet, u.a. um Vorteile von naturnaher Umgebung, manchmal auch unmittelbare Naturgegebenheiten (wie Thermalwasser) ausnutzen zu können. Das verschafft der ArbeitgeberInnenseite einen etwas größeren Spielraum (aufgrund einer monopolähnlichen Situation) als der ArbeitnehmerInnenseite. Diese Abschlüsse lagen in Deutschland dann oft unter den branchenüblichen. In Österreich wäre aufgrund der branchenweiten Verträge mit geringeren Folgen für die Gehaltsniveaus zu rechnen.

¹⁴ Nicht umsonst sind Privatspitäler gerne in der Nähe größerer öffentlicher Krankenhäuser angesiedelt, um bei allfälligen Komplikationen PatientInnen dorthin transferieren zu können. Dies ist beispielsweise auch rund um das Wiener AKH sichtbar.

4. Erfahrungen mit PPP-Modellen im Gesundheitswesen entwickelter Länder

Die Literaturrecherche nach internationalen Evaluationsstudien von PPP-Projekten bei Rehabilitationseinrichtungen verlief, ebenso wie jene zu Privatisierungen, ohne konkretes Ergebnis. Eine Suche mit dem Suchwort Public-private Partnership in Kombination mit Ownership ergab einen einzigen Treffer¹⁵; in diesem bestand nur eines der vier dargestellten PPP-Projekte aus einer Rehabilitationsklinik. Daher wird auch in diesem Kapitel der Fokus erweitert und auf die bestehenden Berichte über internationale PPP-Projekte im Gesundheitswesen zurückgegriffen, insbesondere auf länderübergreifende Sammlungen von PPP-Case Studies, die jedoch zum Teil älteren Datums sind. Im Folgenden referieren wir ausgewählte Berichte einzeln, da der jeweilige Fokus i.d.R. auf unterschiedlich definierte PPP-Typen abstellt; dennoch kommen einige Case Studies in mehreren Sammelberichten vor. Außerdem wurden in den einzelnen Studien meist unterschiedliche Evaluationskriterien gewählt – soweit überhaupt von Evaluationen gesprochen werden kann – was aber einen breiteren Überblick ermöglicht, da eben auf unterschiedliche Aspekte abgestellt wird.

4.1. McKee, Edwards, Atun (2006): Public-Private Partnerships for hospitals

4.1.1. Umfasste PPP-Modelle

Dieser etwas ältere Artikel widmet sich PPPs im Sinne von Organisationen, die eine Gesundheitseinrichtung bauen und in weiterer Folge jedenfalls die nichtklinischen, möglicherweise auch die klinischen Dienste innerhalb eines ansonsten öffentlichen Systems erbringen. Die Autoren beziehen sich vor allem auf englische, aber auch auf australische und spanische Erfahrungen.

Ein wesentliches Motiv für die Gründung des **britischen PFI-Programms** im Rahmen des NHS war die weitgehend sehr veraltete Krankenhausinfrastruktur und daran anknüpfend das Bestreben, Infrastrukturkapital zu beschaffen, ohne die nationale Verschuldung zu erhöhen. Im Rahmen der britischen Private Finance Initiative, kurz PFI, stellen Krankenhausprojekte nur einen Zweig einer allgemeineren Privatisierungswelle dar, neben anderen Infrastrukturprojekten wie Bildungseinrichtungen und Gefängnissen. Um ein PFI-Projekt bewirbt sich in der Regel ein speziell gegründetes Konstrukt, das sich bei einer Gesundheitsbehörde um den Auftrag für den Bau und den späteren nicht-klinischen Betrieb eines Krankenhauses bewirbt. Damit sind typischerweise drei private StakeholderInnen eingebunden: die finanzierende Bank, das Bauunternehmen, und die Betriebsgesellschaft für Facility Management, je nach Vertrag bezogen auf eine engere oder weitere Definition von Infrastruktur und typischerweise für eine Laufzeit von 30 Jahren. Über die Vertragsdauer

¹⁵ Cappellaro, G., Longo, F. (2011).

verpflichten sich die AnbieterInnen der Gesundheitsleistung (im britischen Modell das NHS oder eine lokale Teilorganisation davon) den privaten PartnerInnen einen bestimmten Betrag zu bezahlen – im Grunde wird das Krankenhaus samt Infrastruktur und nicht-klinischen Services geleast - wogegen sich die privaten PartnerInnen dazu verpflichtet, für einen guten Zustand des Krankenhauses und Infrastrukturdienste im vertraglichen Umfang zu sorgen. Ähnliche Konstrukte wurden – wenn auch in geringerem Umfang – auch in Spanien, Portugal, Irland und Kanada eingesetzt, also ebenfalls in Ländern mit staatlichem Gesundheitsdienst. Anders gelagert waren Modelle in Italien und Schweden, wo private Firmen die Führung bestehender öffentlicher Krankenhäuser übernahmen.

4.1.2. Ergebnisse

Oft konnten PPP-Projekte die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen, insbesondere bei komplexeren Projekten wie Universitätskrankenhäusern. McKee et al. (2006) identifizierten vier Schlüssel-Faktoren für PPP-Projekte: Kosten, Qualität, Komplexität und Flexibilität.

Kosten: Die Erwartung, dass PFIs davon profitieren, dass Privatfirmen leichter Zugang zu günstigen Krediten haben als staatliche Einrichtungen, hatte sich bis zur Analyse von McKee et al. (2006) noch nicht bestätigt. Im Gegenteil, es wurden vergleichsweise teure Finanzierungsformen identifiziert, Firmen machten sehr hohe Gewinne auf Kosten des NHS wenn sie sich nach der teuren Bauphase aufgrund des dann niedrigeren Risikos günstig refinanzierten, und die Intransparenz in Zusammenhang mit PFI-Projekten schürte zusätzliches Misstrauen (siehe Box 1 für neuere Erfahrungen mit dem britischen NHS PFI).

Qualität: Über die britischen PFIs wird berichtet, dass im Jahr 2001 76 Prozent aller PFI-Projekte innerhalb des Zeitrahmens abgeschlossen wurden und 79 Prozent der Projekte auch innerhalb des veranschlagten Budgets, im Vergleich zu 30 Prozent der Projekte innerhalb des Zeitrahmens und 27 Prozent innerhalb des Budgets bei konventioneller Bereitstellung.¹⁶ Da diese beiden Faktoren recht klar vertraglich fixiert waren, wurden Anpassungsmöglichkeiten eher im Bereich der Qualität gesehen, die ja mehrdimensional und schwerer messbar ist. Dies führte häufig zu Qualitätsmängeln, wofür McKee et al. (2006) einige Beispiele auflisten, vgl. Tabelle 5. Bezüglich des Erreichens der gewünschten Qualität haben sich einige Faktoren als hinderlich erwiesen, die nicht immer ursächlich am Konstrukt PFI hängen: Verträge waren zu wenig genau spezifiziert, das Design wurde den VertragspartnerInnen überlassen, sodass die Gesichtspunkte zugunsten der Bauphase stärker berücksichtigt wurden als jene für den späteren Echtbetrieb. Jedenfalls aber spielt bei derartigen Problemen die Komplexität des Projektes und das Wissensgefälle (die

¹⁶ Vergleiche allerdings in diesem Zusammenhang die Beobachtung, dass der Verhandlungs- und Budgetierungsprozess bei PPPs weit länger dauert, sodass etliche „Überraschungen“ bereits vor Vertragsabschluss bekannt werden, die bei herkömmlicher Bereitstellung schon in die Projektlaufzeit fallen würden und damit andere zeitliche und budgetäre Konsequenzen hätten.

asymmetrische Information) zwischen VertragspartnerInnen und späteren BetreiberInnen des Krankenhauses eine Rolle.

Tabelle 5: Qualitätsmängel bei Krankenhäusern im Vereinigten Königreich im Rahmen der Private Finance Initiative

PFI development	Problems ^{29,30}
Cumberland Infirmary, Carlisle	<ul style="list-style-type: none"> • Use of cheap components necessitating regular refitting • Maintenance costs 50% higher than projections. • Poor drainage and plumbing; and limited signage • Patients leaving the cardiology department must go through five sets of swing doors, even though most are in wheelchairs
Durham District General Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Pathology laboratory flooded three times in first 18 months, twice with raw sewage • Poor ventilation and air filtration • Fixtures and fittings are of poor quality; lightweight storage cupboards unable to take the weight of routine equipment
Bishop Auckland Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Opening delayed by 2 months for modifications • Generator and core electrical systems had to be redesigned immediately after opening
Norfolk & Norwich Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Negative pressure rooms were not properly operational for 2 years • Air ducting found to be lying in unconnected lengths • No ventilation in the kitchens so staff work in 30 °C temperatures (with 44 °C being recorded) • Delivery loading bays inefficient
Hereford Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Boiler house opened with no water treatment plant • Doors too heavy for the opening restraints • Three lifts had to be refitted within 12 months of operation
Seacroft Hospital, Leeds	<ul style="list-style-type: none"> • Mental health facility found to have breached "every section of the fire safety code"

Quelle: McKee et al. (2006).

Flexibilität: Den genannten Vorteilen einer detailreichen Ausgestaltung der Verträge kann andererseits der Nachteil gegenüberstehen, dass genau diese Details nur wenig Raum für Flexibilität in der Ausgestaltung lassen. Die Vertragsdauer beträgt aber rund 30 Jahre, sodass schwerlich alle möglichen späteren Änderungen im Voraus bedacht werden können. Der Trend zur Ambulantisierung stellt für den Krankenhaussektor eine solche schwer kalkulierbare Entwicklung dar, und die Medizintechnologie birgt generell das Potenzial für weitere. Eine möglichst flexible Ausgestaltung erhöht die Designkosten in der Beginnphase und stellt damit Kosten für die VertragspartnerInnen dar, während der spätere Nutzen vor allem den KrankenhausbetreiberInnen (und wohl auch den PatientInnen) zugutekommt.

Komplexität: McKee et al. (2006) erkennen im Bausektor eine größere Erfolgsgeschichte als im Krankenhausbereich, was sie der Komplexität insbesondere bei größeren Krankenhäusern und Universitätsspitalen zuschreiben. In derartige Projekte ist eine größere Anzahl von StakeholderInnen eingebunden, sodass die divergierenden Interessenslagen den Projekterfolg schwerer erreichbar machen.

Box 1: Ausgabenentwicklung im britischen NHS PFI

Es ist inzwischen eine Vielzahl von Berichten erschienen, die den Ausgabeneffekt der NHS PFI Projekte sehr kritisch sehen. Der erste PFI Vertrag wurde im Jahr 1997 unterzeichnet, und im Herbst 2000 wurden die ersten PFI Krankenhäuser in Betrieb genommen. Im Jahr 2006 waren bereits 155 PFI Vereinbarungen abgeschlossen worden (Shaoul et al. 2008).

Shaoul et al. (2008) kritisieren in Bezug auf 12 untersuchte Projekte aus der ersten Welle von PFI-Projekten, dass die jährlichen Zahlungen an die privaten BetreiberInnen im Schnitt um 20 Prozent höher als veranschlagt ausfielen¹⁷, und dass die durch diesen Finanzierungsmodus generierten zusätzlichen Kosten nahezu gleich hoch ausfallen wie die ursprünglich zu finanzierenden Kapitalkosten. Die Verträge erlaubten den privaten VertragspartnerInnen auf unterschiedliche Weise, später höhere Preise zu verrechnen, ohne dass den öffentlichen PartnerInnen signifikante Verhandlungsmacht geblieben wäre, da diese sich durch den Vertrag oft in einer Monopol-ähnlichen Konstruktion gegenüber sahen. Staatlicherseits wurden höhere Kosten bei PFI-Finanzierung damit begründet, dass eine Risikoübertragung auf die privaten PartnerInnen stattgefunden hätte, was nach Shaoul et al. (2008) nicht der Darstellung in den Berechnungsunterlagen entsprach. Weiters schränken die über den langen Zeitraum von 30 Jahren fixierten Zahlungen den finanziellen Bewegungsspielraum weit mehr ein als es eine herkömmliche Finanzierung getan hätte. Damit wird zusätzlicher Kostendruck bei den Ausgaben erzeugt, die in Zusammenhang mit der größten Ausgabenkomponente stehen, dem Personal. Anstelle öffentliche Bürokratie durch die Effizienz von Privatunternehmen zu ersetzen, habe PFI zusätzlichen bürokratischen Aufwand für das Zusammenspiel der privaten und öffentlichen AkteurInnen gefördert, unter anderem da ja die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe im Sinne des Allgemeinwohls zu monitieren ist.

Während die zusätzlichen Kosten aus direkten Zahlungen an die privaten PartnerInnen quantifizierbar sind, entstehen darüber hinaus auch schwer zu beziffernden *Soft Costs* durch die „notwendigen“ Gewinne der privaten PartnerInnen sowie die Transaktionskosten ab Ausschreibungsphase und während der gesamten Laufzeit. Auch wurde oft von öffentlichen wie privaten PartnerInnen unterschätzt, wie aufwändig die Zusammenarbeit mit den PartnerInnen ist (Shaoul et al. 2011).

Auch wenn das britische Finanzministerium das PFI-Programm gerne als Erfolg sieht, weist es doch auf einige Schwierigkeiten hin: Nunmehr wird auf größere Schwierigkeiten bei einigen großen Dienstleistungselementen hingewiesen, die daher nur bei sehr guten Gründen und nur bei entsprechender rigoroser begleitender Kontrolle in den Vertrag aufgenommen werden sollen (Shaoul et al. 2011).

¹⁷ Aufgrund niedriger Inflation in der betrachteten Zeitspanne konnte der Grund für die Ausgabensteigerung nicht in diesem Bereich liegen.

Inzwischen läuft eine heftige öffentliche Diskussion über die letztendlich teure Finanzierungsform PFI, die als ein wesentlicher Mitverursacher für die aktuellen finanziellen Schwierigkeiten des NHS gesehen wird. Über jährlich fallende Tarife wurden den Krankenhaus-Trusts Produktivitätssteigerungen von rund 4 Prozent jährlich auferlegt, die die Häuser bislang kaum erfüllen konnten, obwohl bereits Einmal-Effekte ausgenutzt wurden und das NHS Mittel außer Plan zuteilte (Lafond 2014). Als ein Mitverursacher hierfür werden die hohen Kosten und die reduzierte finanzielle Flexibilität durch PFI Verträge gesehen. Zum allgemeinen Unmut trägt bei, dass einzelne Krankenhäuser von der öffentlichen Hand zurückgekauft werden, da sich die hohen Miet- bzw. Servicekosten an die privaten PartnerInnen für den NHS nicht mehr rechnen (vgl. z.B. Armitage 2014).

4.2. ECORYS (2013a,b): Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU

4.2.1. Umfasste PPP-Modelle

Im Zeitraum Oktober 2011 bis August 2013 erstellte eine Gruppe aus Expertinnen bzw. Experten im Auftrag der Europäischen Kommission einen Überblick über die Rolle von PPPs im Gesundheitswesen, sowie über den dadurch geschaffenen Mehrwert und die Erfahrungen öffentlicher Einrichtungen beim Errichten und Betreiben von PPPs im Gesundheitsbereich. Für diese Studie wurden PPPs folgendermaßen definiert (ECORYS 2013a: 6):

"A PPP is the provision, (probably) finance, long term operation and maintenance of public infrastructure and/or provision of public services by the private sector. A PPP should have been initiated by the public sector, involve a clearly defined project with specification of outputs or outcomes, the sharing of risks with the private sector, be based on a contractual relationship which is limited in time, and have a clear separation between the public sector and the Borrower".

Diese Definition wurde gewählt, um auch jene Konstrukte bzw. Ländermodelle (insb. jene in Deutschland) mit einzuschließen, in denen PPPs auch flächendeckende Versorgung erbringen, im Gegensatz zu Projekten die „Rosinenpicken“ erlauben. Die Studie bezieht sich auf die sieben EU-Länder mit der breitesten Anwendung von PPPs (UK, Spanien, Portugal, Italien, Frankreich, Deutschland, Rumänien) und vierzehn Case Studies über spezifische Projekte, z.T. auch aus anderen Ländern. Die Auswahl der Projekte erfolgte so, dass möglichst viele unterschiedlich strukturierte Projekte erfasst wurden.

Obwohl die StudienautorInnen den Versuch unternahmen, mit Unterstützung der DG SANCO Primärdaten über die Projekte zu erhalten, die eine Beurteilung der Performance

erlauben, konnten kaum derartige Daten gewonnen werden; die Ergebnisse beruhen daher hauptsächlich auf öffentlich zugänglicher und grauer Literatur.

Von hohem Interesse in der Studie war die legislative Umsetzung von PPPs. Es wurden keine systematischen Unterschiede zwischen Modellen in Bismarck- und in Beveridge-Ländern festgestellt. Nationale Regelungen (bezüglich Unternehmen, Steuern, öffentlicher Beschaffung...), die natürlich auch von der im jeweiligen Land vorherrschenden politischen und ideologischen Überzeugung geformt sind, bestimmen die konkrete Ausformung der PPPs. Offenbar werden kaum spezifische Gesetze für PPPs im *Gesundheitsbereich* benötigt (in einzelnen Fällen wie in Portugal und Italien war dies aber zum Teil doch der Fall), sondern es kommen meist allgemeinere Regulierungen zum Tragen.

Je nachdem, welche Leistungen durch den privaten Partner übernommen werden, unterscheidet ECORYS sieben Typen von PPPs, die auch in Europa praktiziert werden, vgl. Tabelle 6.

Tabelle 6: Typen von PPP Modellen im Gesundheitsbereich nach ECORYS (2013a)

Type	Major features
Type I: Accommodation model	Hospital infrastructure and hard facility management (many PFI).
Type II: Accommodation model	As Type I, but with the SPV owned entirely from the start by the public sector (not covered in this Report; e.g. Hospital Universitario Central de Asturias).
Type III: Extended accommodation model	As Type II, but including IT, soft FM, and supply, installation and maintenance of some or all medical equipment (several PFI).
Type IV: Twin-SPV model	Joint venture with separate infrastructure (~PFI) and clinical service companies (e.g. Portuguese "Wave 1" hospitals like Cascais).
Type V: Accommodation and service model	Specialist "monoproduct" hospital infrastructure with FM and medical services (e.g. Coxa, Dialysis Centres and ISTC).
Type VI: Full service provision secondary health care model	General (district hospital) infrastructure with FM and medical services (most of the sites in the German hospital chains).
Type VII: Full service franchise provision tertiary health care model with teaching and R&D	University (teaching/research, "tertiary") hospital infrastructure with FM and medical services (e.g. Berlin Buch/Helios or Giessen & Marburg/Rhön).
Type VII: Full service provision at all levels of care	Integrated hospital and community/primary care (e.g. the Ribera Salud/Alzira companies).

Anmerkungen: SPV: Special Project Vehicle, PFI: Private Finance Initiative.

Quelle: ECORYS (2013a).

Demnach besteht der erste wesentliche Unterschied darin, ob nur die Infrastruktur (Gebäude inklusive Facility Management) bereitgestellt wird, oder ob auch die eigentliche Leistungserbringung umfasst wird. Im ersten Fall wird in den Typen I bis III weiter danach unterschieden, wie weit der Begriff Infrastruktur gefasst wird, d.h. wie viele bzw. welche medizinischen Geräte sind mit umfasst. Die Typen V bis VII umfassen in jedem Fall auch die eigentliche Leistungserbringung (also die medizinische Versorgung), unterscheiden sich aber nach dem Leistungsumfang des Projektes: geht es um eine spezialisierte Klinik, ein

Standardkrankenhaus, eine Universitätsklinik oder die medizinische Gesamtversorgung. Typ IV ist ein Spezialfall, in dem zwei private StakeholderInnen involviert sind, nämlich einer für die Infrastruktur, und einer für die medizinischen Leistungen.

4.2.2. Ergebnisse: Value for Money und Kosten im Vergleich

Value for Money wird im Kontext von PFI und oft auch anderen PPP-Projekten einheitlich interpretiert: Die abdiskontierten, über die Projektdauer aufsummierten Nettokosten der umfassten Anlagen (Gebäude etc.), unter den Finanzierungs- und Marktbedingungen zur Zeit des Vertragsabschlusses (NPC – Net Present Cost), werden errechnet und den NPC eines hypothetischen Projektes gegenübergestellt, die im öffentlichen Sektor unter konventionellen Bedingungen realisiert hätten werden können. Diese Vergleichsdaten sollten idealerweise über die Projektdauer hinweg gewartet werden und die aktuellen Entwicklungen einrechnen, um nicht durch schwaches Vertragsmanagement während der Projektlaufzeit Beschaffungsgewinne aus der Startphase wieder zu verlieren. Im besten Fall berücksichtigt die Berechnung auch Risikoprämien entsprechend der tatsächlichen Aufteilung der Risiken auf die VertragspartnerInnen.

Laut ECORYS (2013a) sollte eine rationale Entscheidung über ein PPP-Projekt in zwei Stufen erfolgen:

1. Eine Cost-Benefit Analyse sollte klarlegen, ob das Projekt an sich gerechtfertigt und durchführbar ist.
2. Eine Value for Money Analyse sollte die PPP Variante mit einer herkömmlich finanzierten Variante vergleichen, um festzustellen, welche Variante zu bevorzugen ist.

Mit einem derartigen Vorgehen sollte die betriebswirtschaftliche Grundlage für die Entscheidung getroffen sein; allerdings werden diese Analysen nicht immer durchgeführt (und wohl noch seltener die Unterlagen darüber veröffentlicht).

Alternativ dazu kann die Projektvariante mit den geringsten sozialen Gesamtkosten gewählt werden. Hierbei werden nicht nur Produktionskosten, sondern auch Transaktionskosten und externe Effekte (Kosten und Benefits für KonsumentInnen, ProduzentInnen, Beschäftigte und Regierung oder Gesundheitsbehörde) berücksichtigt. Die Relevanz einer derartigen Betrachtung zeigt sich z.B. in Spanien und Portugal, wo auch die Akkumulation von PPP-Verbindlichkeiten den faktischen öffentlichen Schuldenstand mitbestimmt.

Im Rahmen des ECORYS-Projekts war es jedoch unmöglich, einen Kosten-Vergleich zwischen den Ländern oder zwischen PPP-Projekten und herkömmlich finanzierten Projekten durchzuführen, da i.d.R. weder die zugrunde liegenden Berechnungsannahmen

noch die Verträge zur Verfügung gestellt wurden (ECORYS 2013: 36, in Hinblick auf die generelle Datengenerierung):

However all efforts to obtain such information in writing officially / unofficially have failed, even after extending time for response (from 6 weeks to 12 weeks) and numerous reminders. Very few authorities replied to surveys and stakeholders more than once referred to the requested data being confidential. This raises policy issues since any unjustified opacity may contribute to the negative image of PPP as a highly complex procurement mechanism.

Offen bleibt, worin die Unmöglichkeit der Datenbeschaffung (oder der Unwillen zur Übermittlung der Daten) letztendlich wirklich begründet war: Bestand wirklich ein gerechtfertigtes Datenschutzinteresse der Unternehmungen, die immerhin zu einem guten Teil aus öffentlichen Geldern finanziert werden, um Aufgaben im öffentlichen Auftrag und Interesse wahrzunehmen, oder wurden begleitende Wirtschaftlichkeitsrechnungen einfach nicht durchgeführt, bzw. wurde befürchtet dass das Ergebnis einer Wirtschaftlichkeitsrechnung nicht das gewünschte Ergebnis gebracht hätte.

4.2.3. Ergebnisse: Gesundheitsindikatoren im Vergleich

Im Zuge der Recherche von ECORYS (2013a) wurde keine Datenquelle gefunden, die eine Evaluation derjenigen Effekte erlaubt, die PPP-Modelle im Gegensatz zu anderen Finanzierungsformen auf die Gesundheit haben. Es bestehen lediglich einzelne Veröffentlichungen in Peer Review Zeitschriften, die aber in aller Regel sehr länderspezifisch sind. Beispielsweise wurde die deutsche Krankenhauslandschaft wiederholt bezüglich TrägerInnenunterschieden in der Effizienz untersucht, vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2.

Es lässt sich zwar allgemein feststellen, dass zunehmend Qualitätsindikatoren entwickelt, erhoben und in immer mehr Ländern auch öffentlich zugänglich werden. Eine systematische Untersuchung hinsichtlich der Effekte von PPP-Modellen, oder gar von einzelnen Charakteristika von PPP-Modellen, steht derzeit aber noch aus. Hierfür identifizieren die AutorInnen der ECORYS Studie mehrere Ursachen:

- Allein die Implementierungsphase bis zum Vollbetrieb eines PPP Projekts dauert 5-7 Jahre, in denen sich aber die medizinische Versorgung wie auch einige Rahmenbedingungen weiterentwickeln. Damit wird es praktisch unmöglich zu identifizieren, welcher Anteil allfälliger Effizienzverschiebungen der Umstellung zu PPP zurechenbar ist, und welche Bedeutung anderen Effekten wie einem allfällig inzwischen allgemein wirksamen technischen Fortschritt zukommt.
- Vergleiche zwischen geographischen Gebieten sind problematisch, da sich die Risikofaktoren unterscheiden. Für Unterschiede in der regionalen Versorgung mit anderen Gesundheitsdiensten (z.B. viele/wenige Hausärztinnen bzw. Hausärzte die

schnell/zurückhaltend überweisen) müsste ebenfalls korrigiert werden. Zudem können sich oft auch die Behandlungsstile geographisch unterscheiden, was die Analyse weiter verkompliziert.

ECORYS (2013a) weist darauf hin, dass nicht einmal die NHS PFI-Initiative, das größte Krankenhausbauprogramm der letzten Jahre in Europa, für sich in Anspruch nimmt die klinischen Outcomes verbessert zu haben.

4.2.4. Ergebnisse: Effekte auf Makro-Ebene (Budgetdefizit, öffentliche Verschuldung, Landes-Ratings)

Nach den AutorInnen der ECORYS Studie haben nur im Vereinigten Königreich PPPs im Gesundheitswesen einen signifikanten Umfang erreicht, sodass sich ein allgemeiner Effekt auf Makro-Niveau kaum feststellen lässt. Ausgehend von einer etwas engeren Definition von PPP beziffern Kappeler und Nemoz (2010) den Umfang von PPPs in allen anderen Ländern mit nur rund einem Prozent der Investitionen im Gesundheitssektor. Die Definition in ECORYS wurde allerdings explizit gewählt, um auch Fälle wie die deutschen Privatkrankenhäuser einzuschließen. Werden diese mitberücksichtigt, erweitert sich der Umfang entsprechend, da in Deutschland in den letzten Jahren ja gerade Privatkrankenhäuser Investitionen getätigt haben, während der öffentliche Sektor bezüglich Investitionen extrem zurückhaltend war.

Die Auswirkung auf Makro-Größen sollte dennoch nicht außer Acht gelassen werden, da ja der Wunsch, Budgetdefizit und öffentliche Verschuldung gering zu halten, oft zu den Begründungen für das Interesse an PPP-Konstruktionen zählt, worauf auch McKee et al. (2006) in Zusammenhang mit der englischen PFI hinweisen. Laut EUROSTAT können Verbindlichkeiten von PPPs von öffentlichen Verbindlichkeiten getrennt werden, wenn sowohl Konstruktionsrisiko, finanzielles Risiko als auch entweder das Nachfragerisiko oder das Verfügbarkeitsrisiko auf die privaten PartnerInnen übertragen worden sind (ECORYS 2013: 55ff). Zu bedenken ist aber der lange Zeithorizont von 20-30 Jahren, innerhalb dessen sich Risiken verschieben und verändern können. Für derartige Unwägbarkeiten werden die privaten PartnerInnen entsprechende Risikoaufschläge verrechnen.

Erreichen die PPP-Projekte größeren Umfang, insbesondere bei größeren Infrastrukturprojekten, könnte Einfluss auf die Schuldenposition des Landes entstehen, sodass im Wissen um die damit bestehenden Zahlungsverpflichtungen das Kreditrating des Landes leidet.

Der Frage, ob die Finanzierungsbedingungen für Private oder die öffentliche Hand günstiger sind, kommt in der Diskussion der Vor- und Nachteile von PPP-Konstruktionen ebenfalls Bedeutung zu. Erfahrungsgemäß bestehen große projektspezifische Unterschiede in den Finanzierungsbedingungen, je nach Projektgegenstand, Rahmenbedingungen und

Marktlage. Generell werden bei PPP-Projekten für Dienstleistungen wie Gesundheitsleistungen, bei denen der Staat oder eine Behörde als Käufer oder Käuferin der Leistungen auftritt, die Unterschiede gering sein. Schwierig wird die Situation, wenn ein Projekt scheitern sollte, da Gesundheitsleistungen nicht ohne weiteres eingestellt werden können. Oft verlangen KreditgeberInnen, dass der PPP-Vertrag eine Klausel enthält, die ihnen die Zahlung der Restschuld auch im Falle des Scheiterns des Projektes sichert. Damit bleibt der öffentlichen Hand oft ohnehin das finanzielle Risiko.

4.2.5. Review der ECORYS-Studie

Als eine Besonderheit der ECORYS Studie wurde die Studie selbst von einem Panel von Expertinnen bzw. Experten evaluiert und das Ergebnis veröffentlicht, das weitgehend die Ergebnisse bestätigt (EXPH 2014): Die Evidenzlage ist derzeit noch zu dünn, um generelle Aussagen bezüglich Value for Money ableiten zu können; derzeit sind Empfehlungen und Aussagen mehr Theorie- als Evidenz-geleitet. Insbesondere liegt keine Evidenz bezüglich der Kosteneffektivität von PPPs im Vergleich zu traditionellen Formen der Finanzierung und Durchführung von Gesundheitsleistungen vor.

Das Panel betont, dass EigentümerInnenschaft derzeit in keinem signifikanten Zusammenhang zur Effizienz der Leistungserstellung steht. Wichtigere Determinanten für Kosteneffektivität und positive Outcomes sind eine gute Abstimmung finanzieller und nicht-finanzieller Anreize für die AnbieterInnen, sowie ein kompetentes Management. Allerdings leiden viele PPP-Projekte darunter, dass kaum je eine projektbegleitende Evaluierung mit eingeplant wurde, die über die Erreichung der projektspezifischen Ziele wacht. Dies ist besonders bedauerlich, wenn neue Finanzierungsformen entwickelt werden, die gegeneinander abzuwägen sind, und von denen PPPs nur eine Variante (oder wohl eher, einen Strang von Varianten) darstellen. Insbesondere sollten die Varianten unter Bedingungen klinischer Praxis evaluiert werden, im Gegensatz zu klinischen Experimenten. Selbst wenn dies erhöhte Anforderungen an die Datenverfügbarkeit stellt, sollten sich die Bedingungen für derartige Auswertungen mit dem fortschreitenden Einsatz elektronischer PatientInnendaten stetig verbessern.

4.3. Global Health Group (2010): Public-Private Investment Partnerships for Health. An Atlas of Innovation

4.3.1. Umfasste PPP-Modelle

Der von der amerikanischen Global Health Group veröffentlichte Atlas von Public-Private Investment Partnerships for Health umfasst 19 internationale PPP-Projekte auf verschiedenen Kontinenten und in Ländern unterschiedlicher Wohlstandsniveaus. Der Bericht zielt vor allem auf Erkenntnisse für einkommensschwächere Länder ab. Die

geschilderten Case Studies, vor allem jene die alle geforderten Charakteristika erfüllen, stammen aber überwiegend aus Industrieländern.

Fast alle Projekte beziehen sich auf ein einzelnes Krankenhaus, ein Fall bezieht sich nur auf die Dialyse-Versorgung, und ein Fall auf die gesamte lokal mögliche Gesundheitsversorgung einer Insel.

Der Bericht definiert die interessierenden PPP-Modelle durch eine Reihe von Charakteristika:

- Sie sind vom Typ „Design, Build, Operate and Deliver (DBOD)“. Damit ist bloßes Outsourcen einzelner Aufgabenbereiche nicht mit umfasst, insbesondere auch nicht die bloße Errichtung und Wartung von Infrastruktur. In den hier umfassten Projekten ist die Erbringung medizinischer Leistungen durch die privaten PartnerInnen integraler Bestandteil.
- Während der gesamten Laufzeit bleiben die Aktiva in öffentlichem Besitz. Damit soll gewährleistet sein, dass tatsächlich gesundheitspolitische Ziele des Landes und nicht etwa jene der privaten GeldgeberInnen verfolgt werden.
- Es besteht eine langfristige Bindung beider Partner, um sicherzugehen dass ein gemeinsames Interesse unterstützt wird über einen ausreichend langen Zeitraum, um auch entsprechende Prozesse der Zusammenarbeit zu entwickeln. Als Mindestdauer wurden 10 Jahre definiert.
- Es erfolgt ein Risikotransfer auf die privaten PartnerInnen, die die Verantwortung für Qualitätssicherung, aber auch finanzielle Verantwortung bereits ab der Bauphase übernehmen. Damit liegen auch die Verantwortung für Zeitverzögerungen und daraus resultierende Einnahmenprobleme in privater Hand.

Die hier gewählte Definition von PPIPs schließt sowohl reine Privatisierungen, die UK PFI aber auch bloßes Outsourcen explizit nicht mit ein.

Die Zielsetzung der im „Atlas“ beschriebenen Projekte ist mehrdimensional:

- Es sollen qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen erbracht werden,
- bei Wahrung der Kostenneutralität im Sinne von unveränderten Zuzahlungen bei Leistungsanspruchnahme, im Vergleich zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung. In manchen Modellen wird sogar „quadrierte Kostenneutralität“ verlangt, es besteht also die Vorgabe, dass das Projekt auch aus Sicht der öffentlichen Finanziars mit gleich hohen Ausgaben auskommt.
- Es soll die Zugänglichkeit der Leistungen für die gesamte Bevölkerung gewahrt sein.
- Die öffentlichen Ausgaben sollen planbar bleiben.

- PPIPs arbeiten innerhalb des bestehenden nationalen Gesundheitswesens. Sie sollten rigoros an Performance-Indikatoren gemessen werden und dadurch die Performance des gesamten Gesundheitswesens heben.¹⁸

4.3.2. Ergebnisse

Die AutorInnen des „Atlas“ schließen, dass es keine allgemeingültigen Erfolgsregeln für PPP-Projekte gibt, sondern dass jeweils auf die konkreten Probleme maßgeschneiderte Lösungskonzepte notwendig sind. Obwohl die jeweiligen Zielsetzungen und Rahmenbedingungen in den konkreten Details zu berücksichtigen sind, lassen sich einige kritische Erfolgsfaktoren ableiten (vgl. auch Sekhri et al. 2011:1503f):

- **Politischer Wille, aber auch die Kapazitäten**, eine aktive Rolle in Vertragsgestaltung und gut informiertem Einkauf auszuüben. Diese aktivere Rolle beginnt bereits in der Phase der Auswahl der privaten PartnerInnen, da die langjährige Zusammenarbeit und die umfassenden Aufgaben der privaten PartnerInnen hier besondere Sorgfalt erfordern.
Erfahrung und politisches Standing der führenden Persönlichkeiten sind ebenso wesentlich wie längerfristiges, nicht an den Wahlzyklus gebundenes Commitment an die Projektziele. Hierfür sind größere und qualifiziertere Ressourcen einzukalkulieren als beispielsweise für die Rolle, die das NHS im Rahmen der PFI gespielt hat. Selbst in diesen englischen Modellen wird aber empfohlen, 2 Prozent des Gesamtbudgets für PPP- und Vertragsmanagement vorzusehen
- **Überzeugung auch auf der privaten Seite**, trotz des Profitinteresses die wichtigen Rollen als GesundheitsdienstleisterInnen für die gesamte Bevölkerung und als GeschäftspartnerInnen der öffentlichen Hand wahrzunehmen. Gerade bei einer mehrjährigen Vertragsbeziehung gilt es, die Zielsetzungen von beiden ProjektpartnerInnen anzunähern, bzw. ProjektpartnerInnen so sorgfältig auszuwählen, dass eine Abstimmung der Ziele erreichbar ist.
- **Vertrauensbasis zwischen Stakeholdern**. Hier können ein offener Dialog (bereits in der Ausschreibungsphase) und hohe Transparenz helfen, Differenzen aufgrund von oft schon lange Zeit bestehenden, ideologisch unterschiedlichen Geisteshaltungen zu überwinden.
- **Kontinuierliches Monitoring und Evaluation durch eine unabhängige Stelle**, die den öffentlichen PartnerInnen verantwortlich ist. Durch umfassende Kompetenzen von der korrekten Erfassung von Performance-Daten bis zur Kontrolle der Zielerreichung und der Identifikation allenfalls notwendig werdender Kurskorrekturen kann diese Stelle auch helfen, die öffentliche Meinung über das PPP Unterfangen zu gestalten.

¹⁸ Beachte in diesem Zusammenhang die Kritik von ECORYS (2013a), dass kaum entsprechende Evaluierungen veröffentlicht, und möglicherweise auch überhaupt vorgenommen werden. Der bei ECORYS verwendete Begriff von PPPs ist zwar nicht ganz vergleichbar da umfassender, schließt aber u.a. auch die hier definierten PPIPs mit ein.

Sekhri, Feachem und Ni (2011) beschreiben Potenziale und Risiken bei Public-Private Integrated Partnerships, deren Definition sehr jener der PPIPs im „Atlas“ der Global Health Group ähnelt¹⁹. Insbesondere weisen sie auch darauf hin, dass zwar einige Projekte gescheitert sind, aber dass mit Ausnahme von Australien kaum nähere Untersuchungen der Ursachen des Scheiterns vorliegen. Dort wurden von sieben Krankenhausprojekten zwei wieder in öffentliche TrägerInnenschaft rückgeführt, und auch mehrere der anderen Projekte waren nicht ganz erfolgreich. Die Analysten²⁰ der australischen Fälle nannten mehrere Ursachen für Umsetzungsschwierigkeiten:

- Die Vertragsparteien konnten sich nicht auf einen Verhandlungsmodus für die jährlichen laufenden Budgets einigen
- Mangels Transparenz und verfügbaren Daten über die Kosten im öffentlichen Bereich war es schwierig, die Fairness bei Preisen für vereinbarte Leistungen und der Berücksichtigung von Mengenänderungen zu beurteilen
- Verträge mit geringer Kontrolle auf der Nachfrageseite übertrugen zu viel Risiko auf die privaten BetreiberInnen, und beiden Seiten, privat und öffentlich, fehlte die Erfahrung im Ausverhandeln langfristiger Verträge. Zielsetzungen beider PartnerInnen divergierten, es fehlte an Verständnis für die Bedürfnisse und Ziele der jeweils anderen Seite.
- Durch politische Änderungen nahm dann das Interesse an PPP-Modellen ab, sodass man sich nicht die nötige Zeit nahm, um dann eventuell doch noch zufriedenstellende Kooperationsformen zu entwickeln. Letztere Erfahrung deckt sich mit der Entwicklung in Portugal, wo eine sozialdemokratische Regierung Programme ihrer konservativen Vorgängerin einschränkte.

4.4. Zusammenfassung und kritische Würdigung der internationalen Evidenz zu PPPs im Gesundheitswesen

PPP-Modelle stellten noch vor einigen Jahren die große Hoffnung für die Finanzierung von bislang im öffentlichen Bereich angesiedelten Aufgaben dar. International ist die öffentliche Begeisterung über derartige Modelle inzwischen merklich abgekühlt. Hierzu tragen auch die Erfahrungen bei, wie sie etwa das britische NHS im Zuge der PFI mit der privaten Finanzierung zahlreicher Krankenhäuser gemacht hat. Die anfänglich große Euphorie bezüglich dieser Form der öffentlichen und privaten Zusammenarbeit war wohl zu einem großen Teil gestützt durch theoretische Modelle, die bei privater Führung von

¹⁹ Die drei im Aufsatz konkret vorgestellten Projekte sind auch in einer weiteren Hinsicht integriert: Sie bieten das Komplettpaket aus Primär-, Sekundär- und zum Teil auch Tertiär-Versorgung an. Die Beispiele sind das Alzira Modell in Spanien, sowie Projekte in Lesotho und auf den Turks und Caicos Inseln.

²⁰ Die Studie ist unveröffentlicht und wird hier nach Sekhri et al (2011) zitiert: Bloom AL, Schmiede A (2004): International hospital study: the international experience with hospital services conversion in Australia. Stockholm: Karolinska Institutet.

Gesundheitseinrichtungen Kostenvorteile versprechen. In gewissem Widerspruch hierzu liegen jedoch kaum Evaluationen darüber vor, ob PPP-Modelle auch in der Praxis zu den erwarteten Effizienz- oder Kostenvorteilen gegenüber rein öffentlich abgewickelten Projekten führen.

Barlow et al. (2013) fassen die Erfahrungen mit PPP-Modellen im europäischen Gesundheitswesen nach den vier Bereichen zusammen, in denen zumeist Vorteile durch den Einsatz von PPP-Modellen erhofft werden.

Im Bereich **Modernisierung und Schaffung von Infrastruktur** liegt insofern eine Erfolgsgeschichte vor, als in einer Reihe von Ländern Projekte in die Wege geleitet wurden, für die bei anderer Finanzierungsform offenbar nicht das notwendige Kapital beschafft werden hätte können. Die meisten Erfahrungsberichte liegen hierbei für das britische PFI-Programm vor. Dass über die letzten Jahre ohne PFI weit weniger britische Krankenhäuser erbaut oder modernisiert worden wären, zeigt die Zweischneidigkeit dieses Ansatzes: Der politische Wille bevorzugte die Finanzierungsform PPP gegenüber traditioneller Finanzierung (und dies praktisch unabhängig davon, ob die Nebenziele wie eben höhere Effizienz oder geringere Kosten nachgewiesen werden konnten). 96 Prozent der PFI-Projekte scheinen nicht als öffentliche Verschuldung auf, obwohl sie im Wesentlichen eine andere und zudem teurere Form der Kreditaufnahme darstellen. Während im NHS-Durchschnitt 5,8 Prozent der Behandlungseinnahmen für Kapitalkosten aufgewandt werden, übersteigen PFI-Krankenhäuser diese Marke im Durchschnitt um 2,5 Prozent (Liebe, Pollock 2009). Die Frage, ob günstigere Finanzierungsformen bestanden hätten (die dann aber in der Budgetrechnung anders gewertet worden wären), war schlichtweg nachrangig, und trug wohl zu den heute sichtbaren finanziellen Schwierigkeiten vieler Hospital Trusts und damit des NHS bei (Shaoul et al. 2011).

Befürworter von PPPs weisen auf **höhere Effizienz und qualitativ bessere Infrastruktur** als bei Errichtung und Betrieb unter Führung der öffentlichen Hand hin. PFI-Projekte wurden i.d.R. pünktlich und vertragskonform fertiggestellt, allerdings gab es sehr häufige Probleme aufgrund schwieriger Vertragsgestaltung, die nicht ausreichend die tatsächlichen Anforderungen berücksichtigte. Der Befund über die Qualität der Leistungen ist ebenfalls nicht eindeutig. Beispielsweise wurde Reinigungsdiensten unter PFI geringerer Value for Money zugeschrieben als bei herkömmlicher Finanzierung (Liebe, Pollock 2009).

Ein wesentlicher Vorteil von PPPs sollte die **Verteilung des Risikos** in der Form sein, dass jeweils die PartnerInnen für Risiken (und deren effiziente Bewältigung) zuständig sind, die das Risiko besser managen können. Das Zusammenspannen der Verantwortlichkeit für Errichtung und spätere Wartung und Instandhaltung sollte hier zu Effizienzgewinnen führen. Allerdings verbleiben Risiken für Änderungen der Nachfrage durch epidemiologische, regulatorische und technische Veränderungen in der Praxis allein bei den öffentlichen PartnerInnen. Diese Risikoaufteilung spiegelt sich aber in den britischen PFI-Projekten meist

trotz vertraglich vereinbarten Risikotransfers nicht korrekt wider, sondern bevorzugt die privaten PartnerInnen durch einen Aufschlag für Risiken, die dann aber doch von den öffentlichen PartnerInnen zu tragen sind. Die Finanzierungskosten sind zudem nicht nur höher als bei herkömmlicher Finanzierung, sondern auch – z.B. durch die lange Laufzeit – weit inflexibler, was den Druck auf andere Kostenkomponenten tendenziell erhöht (Lafond 2014).

Eine **Förderung innovativer Konzepte** konnte im Rahmen des PFI-Programmes ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Als Ursache wird hier gesehen, dass Design und Ausschreibungsphase parallel liefen, sodass die Furcht, nicht in die folgende Phase zu gelangen, die Offenheit bezüglich neuer Ideen behinderte. Auch wurde ein Zielkonflikt wahrgenommen, da die Anreize für Innovationen mit nicht immer prognostizierbarem Ausgang dem Ziel widersprechen, dass VertragspartnerInnen Modelle anbieten wollen, die mit möglichst wenigen Risiken behaftet sind.

5. Internationale Erfahrungen zu Outsourcing in Krankenanstalten

Wie bereits in den Kapiteln zu trägerInnenspezifischen Effizienzunterschieden und PPPs im Gesundheitssektor hat auch die Literaturrecherche zu Outsourcing als Mittel zur Effizienzsteigerung in Rehabilitationseinrichtungen keine verwertbaren Treffer ergeben. Eine Suche mit Schlagwortkombinationen wie „Rehabilitation – Outsourcing – Effizienz“ führt eher zu Analysen über Effekte einer Ausgliederung bzw. Auslagerung des Rehabilitationsbereiches aus Krankenanstalten, die den Schwerpunkt auf die Akutversorgung legen. Daher wird auch hier auf die reichhaltigere empirische Literatur zu Outsourcing in Krankenanstalten ausgewichen.

5.1. Umfang von Outsourcing im Krankenhausbereich

In Ländern wie Deutschland, Großbritannien oder den Vereinigten Staaten hat Outsourcing im Gesundheitswesen bereits hohen Stellenwert erreicht. In diesen Ländern kann der Markt an Outsourcing-NehmerInnen (meist Dienstleistungsunternehmen) bereits als ein Verdrängungsmarkt charakterisiert werden. Aufgrund dieses fortgeschrittenen Stadiums lohnt ein Blick auf Ausmaß, Tendenzen und Erfahrungen mit Outsourcing in Ländern, die in Anlehnung an Guimaraes und Carvalho (2010) überblicksmäßig dargestellt werden:

Deutschland:

- Es besteht ein negativer Zusammenhang der Spitalsgröße mit der Outsourcing-Tätigkeit: Mit wachsender Spitalsgröße sinkt die Outsourcing-Tätigkeit, sowohl im medizinischen, wie auch im nicht-medizinischen Bereich.
- Speziell bei der Auslagerung bzw. Ausgliederung von IT-Leistungen zeichnen sich regionale Unterschiede in der Umsetzung ab.
- Patientennahe Versorgung wird immer noch größtenteils durch Eigenleistung (im Haus) erbracht.
- Im Bereich patientenfremder Leistungen wie Reinigung, Wäsche, Küche, sowie auch bei Laborleistungen zeichnet sich eine zweite Welle an Outsourcing-Umsetzungen ab.
- Leistungen wie Sterilisation, Instandhaltung, Rechnungswesen oder das Personalwesen verzeichnen einen Anstieg in der Fremderbringung.

Vereinigte Staaten:

- Viele Outsourcing-Vorhaben scheitern aufgrund von mangelndem Verhandlungsgeschick, einer oft unzureichenden bzw. sich schwer gestaltenden Evaluation der Gebote der Outsourcing-NehmerInnen, an mangelnden Möglichkeiten zur Outcome-Messung oder einer damit verbundenen ungenügenden Ausgestaltung von Bezahlungssystemen.
- Outsourcing von Spitalsleistungen als alternative Form der Leistungserbringung ist geläufig und anerkannt, auch wenn es in Einzelfällen immer wieder zu einer Wiedereingliederung von ehemals outgesourcten Leistungen (*Backsourcing*) kommt.
- Im Bereich der Kommunikationsleistungen besteht ein Trend zur Auslagerung von Dienstleistungen in Billiglohnländer (*Offshoring*).

Großbritannien:

- Fortschrittliche Entwicklung der Outsourcing-Tätigkeit von *NHS Trusts*. Diese erstreckt sich über viele Leistungsbereiche, wie etwa die nicht-medizinischen Versorgungsleistungen oder auch wissensintensiven Unternehmens-Dienstleistungen²¹ wie IT-Services, Rechnungswesen oder Personalmanagement.
- Wie in den USA zeichnet sich auch hier ein Offshoring-Trend bestimmter Leistungen ab.

Australien und Neuseeland:

- Starke Reduktion des notwendigen Personalstocks, etwa im Bereich von nicht-medizinischen Leistungen wie Reinigung oder Küche.
- Durch Prüfung und Evaluation bzw. Markttests der Fremderbringung werden vermehrt Kostensenkungen und Qualitätsgewinne erzielt.

²¹ KIBS (engl.:knowledge intensive business services)

- Patientennahe, medizinische Leistungen geschehen wegen Outcome-Messungsproblemen oftmals in Form von Eigenerbringung (im Haus).

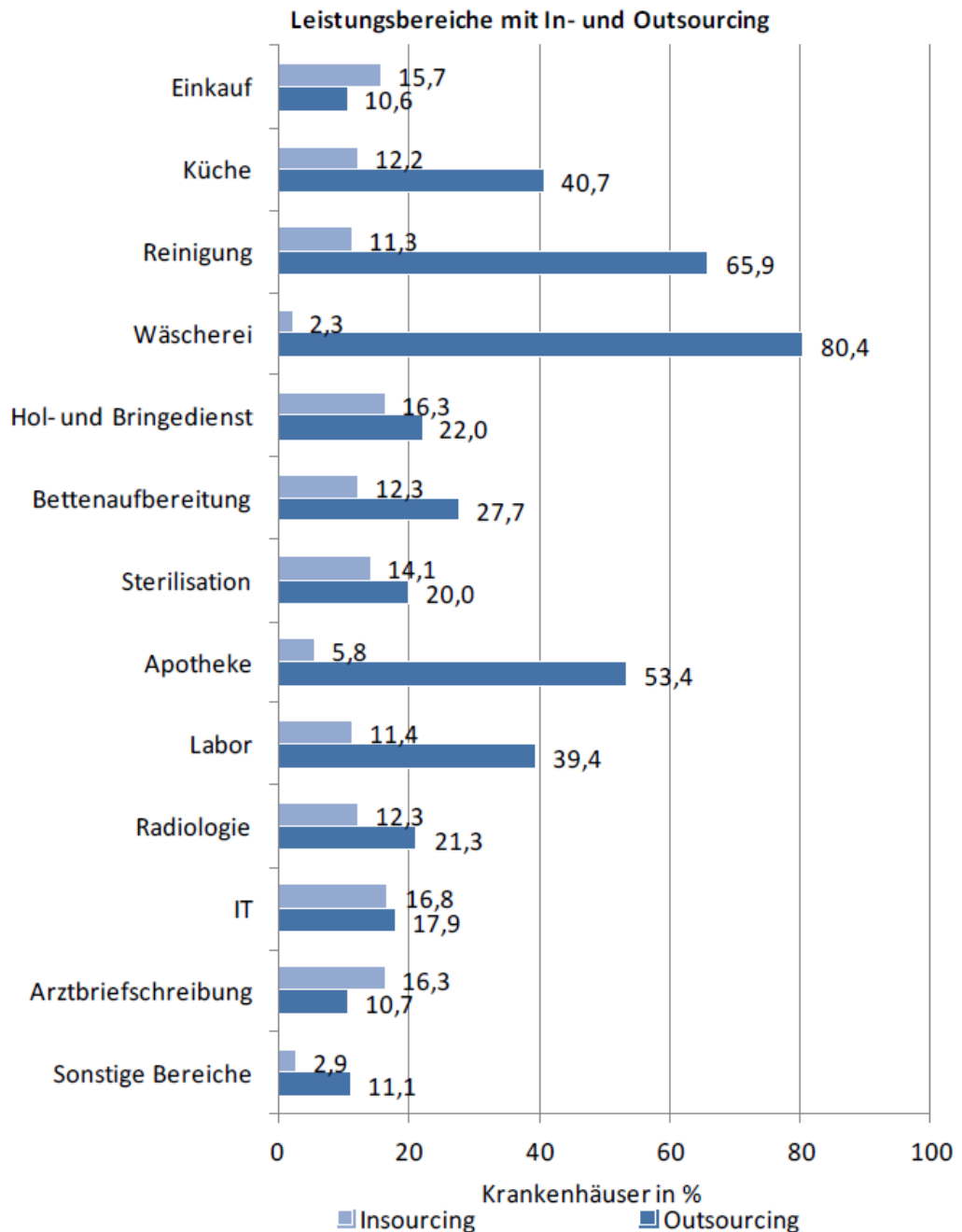
Für das **australische Gesundheitswesen** existieren einige Studien, die die Wirkung von Outsourcing-Vorhaben untersuchen. Young (2003) wählt hierzu einen interpretativen Ansatz auf Basis von Interviewdaten eines öffentlichen ländlichen Krankenhauses mit 543 Vollzeit-Angestellten und einem Umsatz von 45,2 Mio. US\$. Durch die Auslagerung der Pathologie konnten jährliche Einsparungen von 200.000 US\$ bis 300.000 US\$ erzielt werden. Im Bereich der Versorgungsaufgaben konnte Personal zur Anlagenpflege eingespart werden. Die Küche wurde jedoch nach einem Leistungsvergleich mit anderen Spitälern nicht outgesourct und im Haus behalten.

Young (2005) untersucht in einer weiteren Studie u.a. Auslagerungen in einer Fallstudie eines städtischen, öffentlichen Krankenhauses mit 3.500 Mitarbeitern. Durch die Auslagerung der Leistungsbereiche Verpflegung, Reinigung, Sicherheitsdienst, Stationsunterstützung, Vertrieb und Anlagenpflege konnten Einsparungen von jährlich 2 Mio. US\$ lukriert werden.²² Young (2007) merkt dazu jedoch an, dass auch bei patientenfremden Versorgungsaufgaben eine Beziehung zwischen dem Personal dieser Leistungsbereiche und dem medizinischen Personal sowie den PatientInnen besteht. Die Leistungsvereinbarung wurde nach negativen Erfahrungen mit einem ersten Anbieter nicht ausschließlich nach Qualitätskriterien, sondern auch nach Inputfaktoren gestaltet. So wurde beispielsweise nicht nur die Reinheit überprüft, sondern auch vorgeschrieben, wie oft ein Leistungsobjekt am Tag zu reinigen sei. Gleichzeitig wurden VertreterInnen der ausgelagerten Leistungsbereiche in diverse Komitees eingebunden, um den Prozessablauf besser optimieren zu können. Young (2008) merkt darüber hinaus an, dass ein Großteil der Einsparungen nicht durch die Reduktion des Personalstocks, sondern durch Veränderungen im Arbeitsprozess, in der Technologie und dem Dienstplan bzw. eine Flexibilisierung erreicht wurden.

Im deutschen Krankenhaus-Barometer wurde mithilfe von Umfragen wiederholt der Stand an **Outsourcing-Aktivitäten in Deutschland** erhoben (Blum et al. 2007, 2013). Die zunehmende Outsourcing-Tätigkeit verdeutlicht sich im Anstieg der relativen Anzahl von Krankenhäusern mit Outsourcing-Erfahrung. Im Zeitraum 2004 bis 2007 haben rund ein Drittel der Krankenhäuser Leistungen ausgegliedert bzw. an Dritte ausgelagert, im Zeitraum 2008 bis 2013 waren es bereits fast die Hälfte (49 Prozent). Abbildung 1 zeigt den Anteil an Krankenhäusern, die in der Umfrage angaben, Aufgaben im Leistungsspektrum des Krankenhauses outgesourct zu haben.

²² Diese Einsparungen konnten jedoch erst durch eine zweite Outsourcing-Nehmerin bzw. einen zweiten Outsourcing-Nehmer erzielt werden. Der Vertrag mit der vorangegangenen Anbieterin bzw. dem vorangegangenen Anbieter wurde aufgrund von diversen Problemen, speziell in Bezug auf die Einhaltung der Leistungsvereinbarungen, gekündigt.

Abbildung 1: Insourcing und Outsourcing nach Leistungsbereich in deutschen Krankenhäusern seit 2008.



Anmerkung: Insourcing bezeichnet hier die Rückholung von zuvor outgesourceten Leistungen.

Quelle: Blum et al. (2013: 43).

Seit dem Jahr 2008 besteht vor allem in den Leistungsbereichen Wäscherei (80 Prozent), Reinigung (66 Prozent), Apotheke (53 Prozent) und Küche (41 Prozent) ein hoher Anteil an Häusern, die diese Leistungen extern zukaufen. Im Bereich IT, beim Schreiben der

Arztbriefe, dem Einkauf sowie bei Hol- und Bringdiensten haben rund 16 Prozent²³ der Häuser zuvor outgesourcte Leistungen wieder zurück in die eigene Leistungserstellung geholt, was im Krankenhaus-Report etwas irreführend weil abweichend von der herrschenden Praxis als Insourcing (und nicht wie sonst üblich als Backsourcing) bezeichnet wird. Im Einkauf übersteigt damit der Anteil der In- bzw. BacksourcerInnen jenen der OutsourcerInnen, was darauf hinweist, dass Outsourcing nur bei sehr sorgfältiger Auswahl von Leistungspaketen und ZuliefererInnen vorteilhaft sein kann. In den Bereichen Wäscherei und Reinigung, aber auch Apotheke und Labor klaffen die Anteile von Out- und BacksourcerInnen hingegen weit auseinander, was die höhere Eignung dieser Bereiche für Auslagerungen unterstreicht.

Tabelle 7 zeigt die Outsourcing- und In- bzw. Backsourcing-Aktivitäten nach der Größe der Krankenhäuser, gemessen an den Akutbetten. Dabei lässt sich erkennen, dass Outsourcing-Aktivitäten mit der Größe der Krankenhäuser abnehmen, wohingegen ein Größengefälle bei In- bzw. Backsourcing-Aktivitäten schwerer zu identifizieren ist. Besonders groß sind die Unterschiede nach Krankenhausgröße in den Bereichen Apotheke, Labor, Radiologie, also bei eher technischen und standardisierten medizinischen Bereichen. In den Bereichen Hol- und Bringdienste sowie Bettenaufbereitung wird am häufigsten in Krankenhäusern mittlerer Größe outgesourct, gefolgt von großen Häusern. Demnach ist die Outsourcing-Häufigkeit umgekehrt im Vergleich zu eher medizinisch-technischen Leistungen. Selbst wenn mehr als die Hälfte (54 Prozent) der Krankenhäuser mit über 600 Akutbetten die Wäscherei-Dienst nach außen vergeben hat, ist der entsprechende Anteil bei kleineren Häusern (unter 300 Betten) um ganze 30 Prozentpunkte höher. Offenbar ist es für große Krankenanstalten aufgrund des hohen Leistungsvolumens oft rentabler, auch standardisierte einfache Leistungen selbst zu erledigen.

²³ Mit diesem Wert stellt sich Deutschland keineswegs als internationaler Ausreißer dar. Young und Macinati (2012) berichten, dass 15 Prozent der italienischen und 30 Prozent der australischen Projekte wieder backgesourct wurden, und zwar weil sich die erhofften Einsparpotenziale nicht einstellten, weil mehr Zusatzkosten als erwartet auftraten, oder weil Verträge nicht ausreichend gut gestaltet worden waren (*incomplete contracts*).

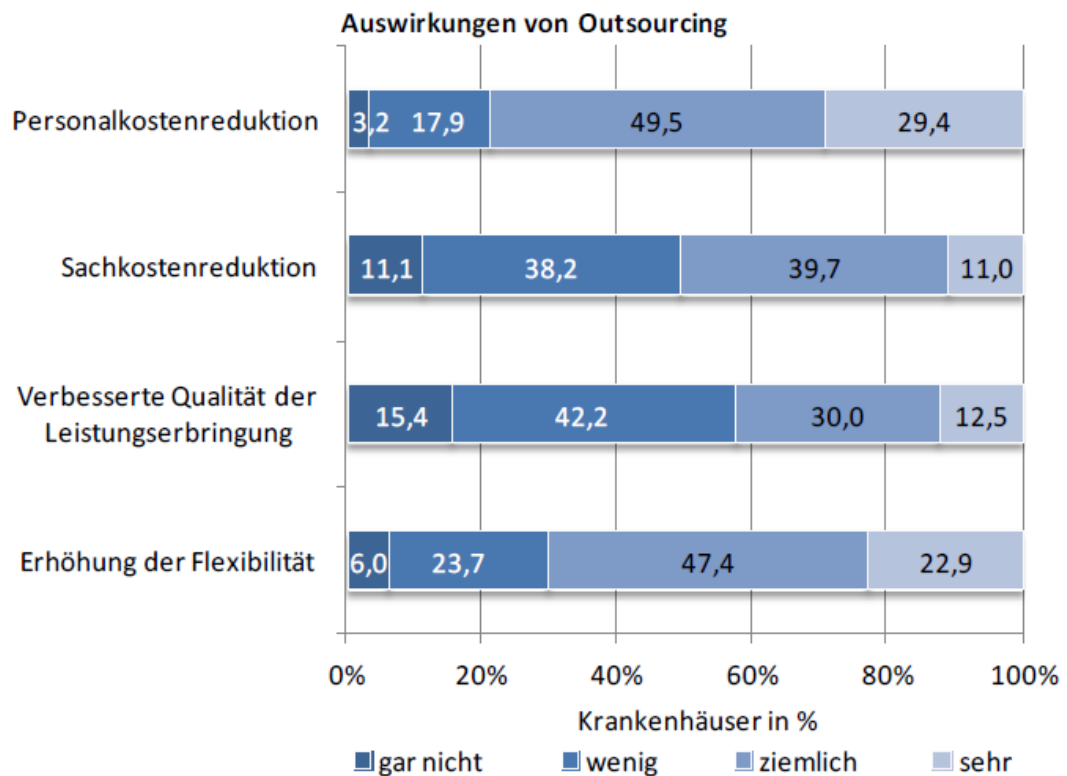
Tabelle 7: Insourcing und Outsourcing nach Leistungsbereich und Krankenhausgröße seit 2008.

Bereich	Outsourcing			Insourcing		
	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Einkauf	9,3	16,0	4,6	15,9	15,3	14,8
Küche	39,5	43,5	40,0	13,0	11,2	10,2
Reinigung	61,5	76,2	65,0	13,4	8,7	6,4
Wäscherei	84,8	81,1	54,0	1,6	2,9	4,6
Hol- und Bringendienst	18,5	28,7	25,2	17,3	17,2	8,3
Bettenaufbereitung	22,5	37,2	32,5	13,2	10,4	12,0
Sterilisation	20,7	19,2	17,6	12,5	18,5	12,1
Apotheke	72,0	33,6	12,9	2,9	9,4	0,0
Labor	49,5	29,7	7,5	8,3	17,5	12,9
Radiologie	25,7	20,2	12,9	11,6	13,7	0,0
IT	21,3	14,1	8,4	17,2	18,5	10,2
Arztbriefschreibung	9,3	16,7	3,7	16,5	17,1	12,9

Anmerkung: Insourcing bezeichnet hier die Rückholung von zuvor outgesourcten Leistungen.
 Quelle: Blum et al. (2013: 44).

Interessant an der Befragung im Jahr 2013 ist, dass auch erhoben wurde, ob sich die in das Outsourcing gestellten Erwartungen bestätigt haben, siehe Abbildung 2. Demnach hat Outsourcing ziemlich (50 Prozent der Krankenhäuser) oder sogar sehr (29 Prozent) zu einer Reduktion der Personalkosten beigetragen, und nach ähnlich häufigen Aussagen die Flexibilität der Leistungserbringung erhöht. Zu Qualitätsverbesserungen trug Outsourcing in weniger als der Hälfte der Fälle bei, und die Sachkosten konnten nach rund der Hälfte der Aussagen nicht oder nur wenig gesenkt werden. Senkungen der Sachkosten wurden noch am ehesten in kleineren Häusern (unter 300 Betten) verzeichnet.

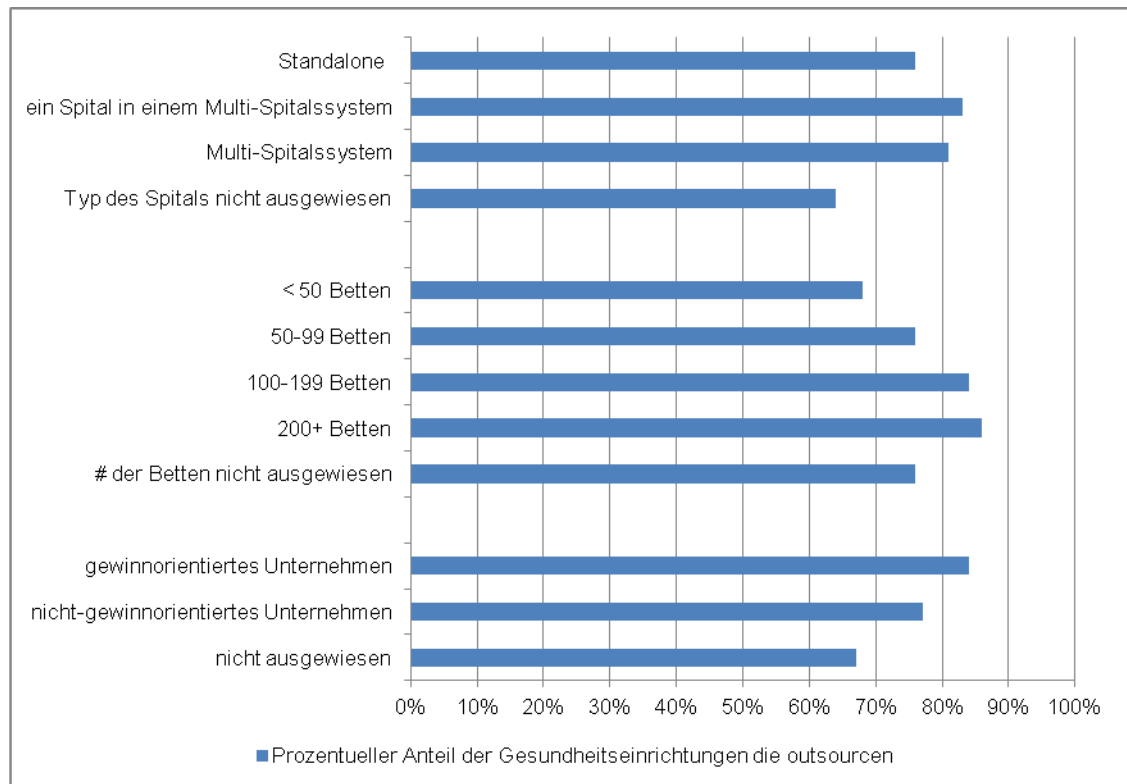
Abbildung 2: Auswirkungen von Outsourcing in deutschen Krankenhäusern



Quelle: Blum et al. (2013: 45).

Um die Situation von **Outsourcing-Tätigkeiten auf dem US-amerikanischen Markt** zu analysieren, wurde im Jahre 2006 eine Umfrage mit dem Titel „Hospital Outsourcing Trends in Clinical Services“ durchgeführt (Hill et al. 2006). Diese baute auf den Antworten von 266 Führungskräften auf und wurde Online via und E-Mail durchgeführt. 65 Prozent der Befragten waren CEOs, ein Großteil der Befragten bekleidete eine Führungsposition in einem nicht-gewinnorientierten Krankenhaus (79 Prozent). Während Leistungen wie Gebäudemanagement, Küche, Reinigung und Supply Chain Management bereits häufig ausgelagert waren, war zum Befragungszeitpunkt ein neuer Trend in der Auslagerung von medizinischen Leistungen erkennbar. Bereits 78 Prozent aller Spitäler lagerten mindestens eine patientennahe Leistung aus (Abbildung 3). 83 Prozent der Befragten gaben an, dass das Niveau der Zukäufe in den nächsten Jahren konstant bleiben oder sich erhöhen wird.

Abbildung 3: Outsourcing-Tätigkeit im US-amerikanischen Spitalssektor nach der Organisationsform, 2006



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2012 nach Hill et al. 2006.

Ein etwas höherer Anteil der größeren (>200 Betten) als der kleineren (< 50 Betten) Krankenhäuser lagert aus, und unter gewinnorientierten Krankenhäusern wird Outsourcing stärker genutzt als unter nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern. Darauf weisen auch Marsh und Warren (2013) in einer Arbeit über kalifornische Krankenhäuser hin: Im Zeitraum 1998-2006 betrug der Kostenanteil outgesourcter Leistungen 25,7 Prozent der Krankenhausleistungen, bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern nur 18,9 Prozent. Auch der Anteil vollständig outgesourcter Leistungen war bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern niedriger, mit 2,9 Prozent im Vergleich zu 5,5 Prozent bei gewinnorientierten Häusern. Öffentliche Krankenhäuser betreiben in Kalifornien weniger Outsourcing als privat-gemeinnützige.

Das Ausmaß an Outsourcing wurde nach zwei Leistungsbereichen mit unterschiedlicher Wichtigkeit des Qualitätsaspektes erhoben. Bei einnahmengenerierenden Leistungen kann von hoher Wichtigkeit des Qualitätsaspektes ausgegangen werden (wie Kardiologie) während bei nicht-einnahmengenerierenden Leistungen (wie Krankenhausparkplatz) der Qualitätsaspekt eine weit geringere Rolle spielt. Bei nicht-einnahmengenerierenden Leistungen weisen beide TrägerInnengruppen ein ähnliches Ausmaß an Outsourcing auf,

während bei einnahmengenerierenden Leistungen die privat-gewinnorientierten weit mehr outsourcen. Dieser Unterschied ist vereinbar mit der Hypothese, dass das Management in nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern eben stärker auch nach anderen Motiven (hier dem Qualitätsaspekt beim Kerngeschäft) entscheidet als allein aufgrund von Gewinnüberlegungen (unter der Voraussetzung, dass das Management in beiden TrägerInnengruppen von Kostenvorteilen durch Outsourcing überzeugt ist, aber nicht von deren Qualitätsvorteilen). Treten Kostenschocks auf, verringert sich der Unterschied zwischen privat-gewinnorientierten und privat-gemeinnützigen Firmen. Öffentliche Krankenhäuser weichen in ihrem Verhalten ab und reagieren weniger auf das Qualitätsargument, zumindest in der hier gewählten Operationalisierung über (nicht) einnahmengenerierende Leistungen. Sie sind dagegen stärker bestrebt, arbeitsintensive Dienste im Haus zu belassen, was möglicherweise ein anderes Verständnis von Qualität widerspiegelt, oder aber rechtliche Hintergründe (wie Kündigungsschutz) hat.

5.2. Outsourcing und Qualität

Die hier vorgestellten Konzepte und Umsetzungen von Outsourcing zielen oft auf eine Kostensenkung ab. Neben Kostendruck und Effizienzkriterien ist aber auf Wahrung der gebotenen Qualitätsanforderungen zu achten. Dementsprechend behandeln bereits einige Studien die **Auswirkungen von Outsourcing-Tätigkeiten auf die Qualität** in der Leistungserbringung. Pollack (2004) verweist anhand einer qualitativen Studie auf Sorgen bezüglich der Infektionskontrolle und der Zusammenarbeit des Personals in Folge der Auslagerung der Reinigung des St. Paul's Krankenhaus in Vancouver, British Columbia. Sowohl in Bezug auf die Infektionskontrolle als auch auf die Aufgabenzuteilung und Zusammenarbeit des Personals wird ein negatives Bild gezeichnet. Hudson (2008) und Hartley (2008) diskutieren den Zusammenhang von Outsourcing der Reinigung und nosokomialen Infektionen (Krankenhausinfektionen). Beide Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass keine eindeutige Aussage über die Wirkung von Outsourcing auf die nosokomialen Infektionen getroffen werden kann und weitere Forschungsanstrengungen vonnöten sind. Gleichzeitig verweisen sie auf die Bedeutung der Beziehung zwischen internem und externem Personal. Durch die nötige Aufsicht und Kontrolle (der in der Leistungsvereinbarung getroffenen Kriterien) kann ein Umfeld des ständigen Misstrauens entstehen, das schädlich für das Betriebsklima und für die Leistungserbringung ist. Im Bereich Outsourcing der Küche analysieren Studien wie etwa Kwon und Yoon (2003) oder Marshall (2000) die Auswirkungen der Auslagerung bzw. Ausgliederung. Diese qualitativen Studien basieren auf Befragungen. Kwon und Yoon (2003) kommen zu dem Ergebnis, dass nicht ausgelagerte Küchenleistungen eine geringfügig bessere Leistung in Bezug auf Diätetik und Ernährung liefern. Marshall (2000) betont, dass Public-Private-Partnership-Modelle der PatientInnenverpflegung bei sinnvoller Ausgestaltung der Arbeitsbeziehung und Kommunikationsstrategien erfolgreich sein können.

5.3. Kritische Würdigung der internationalen Evidenz zu Outsourcing im Gesundheitswesen

In Krankenanstalten ist Outsourcing eine anerkannte und relativ verbreitete Methode, Kostenmanagement und Möglichkeiten zur Konzentration auf Kernaufgaben zu verbinden. Der inhaltliche Schwerpunkt hat sich im Laufe der Jahre verlagert, zusätzlich zum Bereich patientenferner Leistungen (wie Wäsche, Küche, einzelne Verwaltungsaufgaben) werden zunehmend auch klinische Leistungen outgesourct, beginnend aber nicht endend bei standardisierbaren Leistungen wie Labor und bildgebende Verfahren. Ein neuerer patientenferner Fokus von Outsourcing-Aktivitäten liegt im Bereich IT, u.a. angetrieben von zunehmenden Dokumentationsanforderungen.

Es hat den Anschein, dass Phasen verstärkten Outsourcings sich mit Phasen verstärkten Backsourcings abwechseln. Dies kann manchmal in Zusammenhang mit nicht erfüllten Erwartungen des Outsourcens gesehen werden, sowohl Qualitäts- als auch Kostengründe haben hier bereits eine Rolle gespielt. In anderen Fällen kann Backsourcing auch in Zusammenhang mit sich ändernden Rahmenbedingungen sinnvoll werden: Beispielsweise wenn Krankenhäuser sich zu Ketten oder Netzwerken zusammenschließen, können einzelne Leistungen im Verbund effizienter von einer eigenen Abteilung erledigt werden, als es einzelnen Häusern möglich wäre. Schließlich zeigt sich sowohl in deutschen wie auch in amerikanischen Befragungen, dass Outsourcing von Leistungen wie Reinigung aber auch Apotheke gerade in kleineren Häusern verbreitet ist, während diese in größeren Häusern offenbar effizient in Eigenregie erbracht werden können.

Outsourcing ist in privat-gewinnorientierten Häusern häufiger als in nicht-gewinnorientierten, was einerseits mit der durchschnittlichen Größe, aber auch mit unterschiedlichen Zielfunktionen des Managements argumentiert werden kann. Outsourcing ist in (sehr) großen Krankenanstalten seltener als in mittleren und kleineren Häusern. Da Rehabilitationseinrichtungen selten diese sehr große Größe haben, dürften auch Ansatzpunkte für Outsourcing häufiger sein.

6. Anwendbarkeit von Evidenz aus dem Krankenhaus-Kontext für Rehabilitationseinrichtungen

6.1. Private versus öffentliche TrägerInnenschaft

Kostenvorteile privater Krankenanstalten können dann entstehen, wenn private Häuser entweder Economies of Scope oder Economies of Scale besser nutzen können als öffentliche Häuser, oder wenn unterschiedliche marktspezifische Rahmenbedingungen herrschen (wie ungleiche Vorschriften über Beschaffung, Kollektivverträge und ähnliches). Bezogen auf **Economies of Scale** ist davon auszugehen, dass Akutkrankenhäuser oft als regionaler Monopolist agieren können, sodass der Spielraum bei privaten wie öffentlichen Häusern mit Versorgungsauftrag ähnlich groß ist.

In Akutkrankenhäusern spielen Entfernungen und Erreichbarkeit aber eine größere Rolle als im Kontext von weniger zeitkritischen stationären Reha-Einrichtungen. Im Zusammenhang mit erwarteten Umschichtungen im deutschen Rehabilitationsmarkt formulierten Augurzky et al. (2007): „Im Gegensatz zum Krankenhausbereich kann sich die Marktbereinigung ohne starke politische Einflussnahme vollziehen, weil die wohnortnahe Versorgung mit Reha-Leistungen im Gegensatz zu Krankenhausleistungen keinen besonderen politischen Stellenwert genießt.“

Wenn private Reha-Anbieter in der Lage sind, Economies of Scale besser zu nutzen, wäre aus dieser Begründung heraus denkbar, dass im TrägerInnenvergleich bei stationären Rehabilitationseinrichtungen ein größerer Effizienzunterschied besteht als bei Krankenhäusern der Akutversorgung. Eine Untersuchung über einen Effizienzunterschied nach TrägerInnengruppen bei Rehabilitationseinrichtungen konnten wir jedoch in der Literatur nicht finden.

Für Deutschland ist ein Größenvergleich nach TrägerInnen in beiden Arten von Einrichtungen möglich. Allerdings handelt es sich bei den ausgewiesenen Zahlen um Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen²⁴, ohne isolierte Betrachtung des Bereiches Rehabilitation.

²⁴ DESTATIS führt hierzu aus: Im Sinne dieser Erhebung handelt es sich bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen um Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Krankenhäuser und Einrichtungen, soweit sie zu den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V gehören. Nach § 2 Nr. 1 KHG handelt es sich demnach um Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung der Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch

Tabelle 8 weist einige Größenmerkmale deutscher Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen aus. Daraus ist ersichtlich, dass die Aufteilung der Bettenkapazität von 40 Prozent öffentlich, 30 Prozent privat-gewinnorientiert und 30 Prozent privat-gemeinnützig aus Tabelle 3 sich ungleich über die beiden Bereiche Akut-Versorgung und Rehabilitation verteilt: Der privat-gewinnorientierte Anteil beträgt in der Akutversorgung 18 Prozent, im Bereich Rehabilitation und Vorsorge aber 66 Prozent. Dieser Unterschied ist gut vereinbar mit der oben geäußerten Vermutung, dass bei stationärer Rehabilitation ein größerer Effizienzunterschied zwischen den TrägerInnentypen realisiert werden kann als bei Akut-Krankenanstalten.

Im Größenvergleich beider Arten von Einrichtungen zeigt sich in Deutschland, dass Krankenhäuser im Durchschnitt über rund doppelt so viele Betten verfügen wie Rehabilitationseinrichtungen (249 bzw. 139 Betten). Während in der Akutversorgung die öffentlichen TrägerInnen mit durchschnittlich 400 Betten die größten und privat-gewinnorientierte mit 139 Betten die kleinsten Einrichtungen haben, weicht der Größenvergleich in der Rehabilitation hiervon deutlich ab: Privat-gewinnorientierte Einrichtungen sind mit durchschnittlich 169 Betten am größten, privat-gemeinnützige mit 85 am kleinsten, öffentliche liegen dazwischen.

Auch in der Personalstruktur zeigen sich Unterschiede zwischen beiden Arten von Einrichtungen. Wenig überraschend, ist in Krankenhäusern der Anteil der ärztlichen Vollzeitäquivalente (17,0 Prozent) an allen Vollzeitäquivalenten höher als in Rehabilitationseinrichtungen (9,4 Prozent), und die zu versorgende „Fallzahl“ pro ärztlichem Vollzeitäquivalent ist weit niedriger (130 bzw. 236 „Fälle“ je ärztliches VZÄ und Jahr). Nach TrägerInnen betrachtet, sind Ärztinnen und Ärzte in privat-gemeinnützigen Einrichtungen mit den höchsten Fallzahlen betraut, und zwar in beiden Arten von Einrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitation. Interessanterweise ist die hohe Belastungszahl der Ärztinnen und Ärzte in privat-gemeinnützigen Einrichtungen mit einer vergleichsweise niedrigeren Belastungszahl beim Pflegepersonal kombiniert, was einerseits in unterschiedlicher interprofessioneller Arbeitsteilung, andererseits in unterschiedlichen Schwerpunkten begründet sein kann. Im Akutbereich weisen öffentliche Häuser im Vergleich zu beiden Arten von privaten Einrichtungen eine weit niedrigere Fallzahl je Vollzeitäquivalent auf, und zwar auch bezogen auf Pflege und medizinisch-technischen Dienst. In Rehabilitationseinrichtungen ist die Struktur heterogener, mit recht ausgeglichenen Werten im medizinisch-technischen Dienst, aber hohen Fallzahlen für die Pflege in öffentlichen Einrichtungen, und den niedrigsten in privat-gemeinnützigen. Ob diese Unterschiede mit Qualitätsunterschieden in der Behandlung oder mit Rosinen-Picken bei der Rekrutierung von PatientInnen einhergehen, wurde unseres Wissens für Rehabilitationseinrichtungen nicht untersucht.

andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, verbessert und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte geholfen werden soll und die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Interessant an den deutschen Zahlen ist, dass zusätzlich zu den Vollkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung auch die Zahl derjenigen Vollkräfte erfasst wird, die nicht in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zu der Einrichtung stehen, sondern z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt werden. Dabei ist entscheidend, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt. Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung in der Einrichtung übernommen hat, wird nicht erfasst; hier gehört die „outgesourcte“ Reinigung nicht mehr zu den Leistungen der Einrichtung.

Beim ärztlichen Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis kann es sich um Honorarkräfte oder um im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft in der Einrichtung eingesetzte Ärztinnen und Ärzte handeln. Beim nicht-ärztlichen Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis spielen sowohl konzerninterne Personalgesellschaften als auch die Zeitarbeit eine Rolle.

Nach Tabelle 8 macht Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in Krankenanstalten 2,4 Prozent des gesamten Personals aus. In Rehabilitationseinrichtungen ist der Anteil geringer und liegt bei 1,5 Prozent. Zu beachten ist allerdings, dass das Ausmaß des gesamten Outsourcens höher ist, da die von der Bundesanstalt für Statistik vorgegebene Definition traditionell große Outsourcing-Bereiche wie Reinigung ausschließt.

Für **Österreich** liegt uns ein Vergleich dieser Strukturkriterien zwischen den Bereichen Akutkrankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen nicht vor. Öffentliche Krankenanstalten stellen rund vier Fünftel der Bettenkapazität und versorgen einen etwas niedrigeren Anteil am gesamten PatientInnenaufkommen, sind somit anteilmäßig bedeutender für die Versorgung als in Deutschland. Privat-gewinnorientierte Häuser versorgen 1,2 Prozent des PatientInnenaufkommens bei einer deutlich höheren PatientInnenanzahl pro Personaleinheit, und zwar im ärztlichen wie im nicht-ärztlichen Bereich (vgl. Tabelle 9). Während aber in Deutschland die Personalintensität in privat-gewinnorientierten und in privat-gemeinnützigen relativ ähnlich ist, unterscheidet sich in Österreich der privat-gewinnorientierte Bereich diesbezüglich stark von den beiden nicht-gewinnorientierten Krankenanstaltentypen.

Tabelle 8: Vergleich von Strukturkriterien in Akutversorgung und Rehabilitationseinrichtungen, Deutschland, 2012

	Rehabilitation				Akut-Krankenhäuser			
	gesamt	öffentlich	privat-gemeinnützig	privat-gewinnorientiert	gesamt	öffentlich	privat-gemeinnützig	privat-gewinnorientiert
Betten								
Bettenanzahl	168.968	30.633	27.136	111.199	501.475	240.180	171.276	90.019
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		18,1	16,1	65,8		47,9	34,2	18,0
Bettenauslastung (in Prozent)	81,0	90,8	82,1	78,0	77,4	78,9	75,9	76,1
Bettenzahl je Einrichtung	139	132	85	169	249	400	238	129
Personal								
Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis (VZÄ)	91.926	17.502	14.735	59.689	858.307	470.986	256.892	130.429
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		19,0	16,0	64,9		54,9	29,9	15,2
davon Ärztinnen und Ärzte	8.614	1.775	1.138	5.701	146.258	80.165	43.023	23.071
<i>in Prozent des gesamten Personals</i>	9,4	10,1	7,7	9,6	17,0	17,0	16,7	17,7
davon nicht-ärztliches Personal	83.314	15.727	13.598	53.989	712.049	390.821	213.870	107.359
<i>in Prozent des gesamten Personals</i>	90,6	89,9	92,3	90,5	83,0	83,0	83,3	82,3
davon Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis (VZÄ)	90.582	17.336	14.351	58.895	837.746	459.438	251.841	126.467
<i>in Prozent der Gesamtzahl mit direktem Beschäftigungsverhältnis</i>		19,14	15,84	65,02		54,84	30,06	15,10
<i>in Prozent des gesamten Personals</i>	98,5	99,1	97,4	98,7	97,6	97,5	98,0	97,0
davon Ärztinnen und Ärzte	8.335	1.754	1.044	5.537	142.874	79.099	41.865	21.910
<i>in Prozent des gesamten Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis</i>	9,2	10,1	7,3	9,4	17,1	17,2	16,6	17,3
davon nicht-ärztliches Personal	82.249	15.582	13.308	53.359	694.872	380.339	209.976	104.557
<i>in Prozent des gesamten Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis</i>	90,8	89,9	92,7	90,6	82,9	82,8	83,4	82,7
SchülerInnen und Auszubildende mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis (VZÄ) ²⁵	1478	550	118	810	15594	8561	4175	2858
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		37,2	8,0	54,8		54,9	26,8	18,3
PatientenInnenaufkommen								
Anzahl (vollstationär)	1.964.712	400.126	291.085	1.273.501	18.620.443	9.090.366	6.409.861	3.120.216
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		20,4	14,8	64,8		48,8	34,4	16,8
durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	25,5	25,5	28,0	24,9	7,6	7,6	7,4	8,0
Personalbelastungszahlen								
je Vollkraft zu versorgende Fälle (im Berichtsjahr)	22	23	20	22	22	20	25	25
von Ärztinnen und Ärzten	236	228	279	230	130	115	153	142
von nicht-ärztlichem Personal	24	26	22	24	27	24	31	30

Quelle: IHS HealthEcon Zusammenstellung 2014 nach Statistisches Bundesamt (2013 a, b)

²⁵ Die Zahlen für SchülerInnen in Pflegeberufen sind sehr niedrig, weil sie bei der Umrechnung in VZÄ nur mit 9,5:1 bzw. 6:1 berücksichtigt werden.

Personalausgaben

Eine der wenigen Untersuchungen, die sich mit den Ursachen für Effizienzänderungen bei Wechsel des TrägerInnentyps in europäischen (konkret: deutschen) Krankenhäusern beschäftigt hat, kommt zum Schluss, dass die Hauptunterschiede im Bereich des Personaleinsatzes liegen (Heimeshoff et al. 2013). Während Tabelle 8 Unterschiede im Personaleinsatz zwischen beiden Bereichen, Rehabilitation und Akutversorgung, in Deutschland aufzeigt, verfügen wir über keine entsprechenden Angaben über Personalausgaben.

Für Österreich können wir hingegen einzelne Vergleiche bezüglich Personalausgaben ziehen:

- In den sogenannten Fonds-Krankenanstalten entfallen 58 Prozent der Primärkosten exklusive, und 52 Prozent der Primärkosten inklusive kalkulatorischer Zusatzkosten auf Personalausgaben (Bundesministerium für Gesundheit 2014).
- In den eigenen Rehabilitationseinrichtungen der PV entfallen 78 Prozent der Ausgaben auf Personalausgaben (Pensionsversicherungsanstalt 2014a).
- In den eigenen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA entfallen 74 Prozent der Ausgaben auf Personalausgaben (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt 2013).

Wenn auch im Rehabilitationsbereich trägerspezifische Effizienzunterschiede vor allem über den Personalbereich wirken, legt der höhere Anteil der Personalausgaben an den gesamten Ausgaben nahe, dass allfällige Kostenvorteile durch Privatisierung im Bereich Rehabilitation eine etwas breitere Ansatzfläche finden als im Bereich der Krankenanstalten.

Economies of Scope

In der Akutversorgung sind private Häuser typischerweise nicht nur kleiner²⁶, sondern bieten auch ein engeres Leistungsspektrum an, sind also stärker spezialisiert. Dies kann einerseits durch spezifische Stärken in der ärztlichen Belegschaft begründet sein, aber insbesondere auch im geschickten Ausnutzen besonders „lohnender“ Fallgruppen. Ein Effizienzvergleich von Rehabilitationseinrichtungen müsste also den Fall-Mix in doppelter Hinsicht prüfen, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen: Erstens, wie verteilt sich der Fall-Mix nach Diagnosen (die mehr oder weniger „lohnend“ sein können) in den verglichenen Einheiten, und zweitens wie verteilt sich der Schweregrad der Fälle innerhalb der Diagnosen bzw. Diagnosegruppen. Die deutschen Daten weisen zwar die Anzahl von Schwerpunktfächern je Rehabilitationseinrichtung aus, untergliedern diese Information jedoch nicht nach

²⁶ Dies ist offenbar nicht nur in Deutschland so. Beispielsweise waren in Spanien 2007 42 Prozent aller Akutkrankenhäuser privat-gewinnorientiert, stellten aber nur 21 Prozent der Bettenkapazität (Fageda, Fiz 2010).

TrägerInnengruppen. Somit kann hier kein Vergleich mit dem Bereich der Krankenanstalten durchgeführt werden.

Rahmenbedingungen

Regulatorisch bedingte Unterschiede in der Kostenstruktur beider Bereiche, Akut-Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, können maßgeblichen Einfluss auf die Effizienz haben. Aufgrund des hohen Personalkostenanteils kommen hier insbesondere trägerspezifische Unterschiede im Arbeitsrecht, aber auch in Finanzierungsbedingungen zum Tragen. Letzteres wurde bereits als Erklärung dafür diskutiert, dass in österreichischen Untersuchungen typischerweise privat-gemeinnützige Krankenhäuser, aber in deutschen Untersuchungen öffentliche Akut-Krankenhäuser effizienter abschneiden (vgl. Czypionka et al. 2013).

Gelten im privaten Sektor Kollektivverträge mit niedrigerem Gehaltsniveau oder mit weniger restriktiven Regelungen (z.B. bezüglich Arbeitszeit oder Kündigungsmöglichkeiten) als im öffentlichen Bereich, stellt dies eine offensichtliche Möglichkeit für Effizienzsteigerungen bei (Teil-)Privatisierung dar. Kontrovers diskutiert wird der Einfluss von (Teil-)Privatisierungen auf die Leistungsqualität: Einerseits kann größere Marktnähe höheres Qualitätsbewusstsein schaffen, aufgrund der unterschiedlichen Messbarkeit qualitativer Aspekte muss sich dies aber nicht auf die medizinische Qualität beziehen, sondern z.B. auf die „Hotelkomponenten“. Andererseits wird befürchtet, dass höherer Kostendruck – insbesondere bei privat-gewinnorientierten TrägerInnen – dazu führen mag, dass einzelne Qualitätsaspekte aus Kostengründen vernachlässigt werden, wie insbesondere in Zusammenhang mit Hygiene immer wieder diskutiert wird. Dass inzwischen der Outsourcing-Boom in diesem Segment des Krankenhausmarktes bereits wieder abflacht, kann als eine gewisse Bestätigung der Befürchtungen gewertet werden. Da der Akut-Krankenhaus-Bereich als komplexer und mit stärkeren Risiken um Leib und Leben behaftet zu sehen ist, wird davon ausgegangen, dass auch qualitative Befürchtungen in Zusammenhang mit (Teil-)Privatisierungen im Akut-Bereich schwerer wiegen als im Bereich Rehabilitation.

Tabelle 9: Strukturkriterien in Fonds-Krankenanstalten, Österreich, 2013

	Akut-Krankenhäuser			
	gesamt	öffentlich	privat- gemeinnützig	privat- gewinnorientiert
Betten				
Bettenanzahl	46.394	36.913	8.853	628
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		79,6	19,1	1,4
Bettenauslastung (in Prozent)	76,2	76,1	76,6	81,3
Bettenzahl je Einrichtung	365	410	277	126
Personal				
Personal (VZÄ)	117.038	95.083	19.779	2176
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		81,2	16,9	1,9
davon Ärztinnen und Ärzte	19.807	16.085	3.366	356
<i>in Prozent des gesamten Personals</i>	16,9	16,9	17,0	16,4
davon nicht-ärztliches Personal	97.231	78.998	16.413	1.820
<i>in Prozent des gesamten Personals</i>	83,1	83,1	83,0	83,6
PatientInnenaufkommen				
Anzahl (vollstationär)	2.504.347	1.919.814	555.337	29.196
<i>in Prozent der Gesamtzahl</i>		76,7	22,2	1,2
durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	5,2	5,3	4,5	6,4
Personalbelastungszahlen				
je Vollkraft zu versorgende Fälle (im Berichtsjahr)	21,4	20,2	28,1	13,4
von Ärztinnen und Ärzten	126,4	119,4	165,0	82,0
von nicht-ärztlichem Personal	25,8	24,3	33,8	16,0

Quelle: IHS HealthEcon Zusammenstellung basierend auf Daten des BMG (2014, 2013).

6.2. PPP-Modelle

McKee et al. (2006) identifizieren die vier Schlüsselfaktoren Kosten, Qualität, Flexibilität und Komplexität. Je nachdem, welches Modell einer PPP gewählt wird, können einzelne dieser Faktoren in unterschiedlicher Form schlagend werden.

Kosten: Die Beschaffung von Investitionskapital stellt oft einen der Hauptgründe für das öffentliche Interesse an einer PPP-Lösung dar. Die Errichtungskosten eines Krankenhauses entsprechen oft den laufenden Kosten über zwei bis drei Jahre; daher macht es Sinn, in der Errichtungsphase großes Augenmerk darauf zu legen, wie die Weichen eben für diese laufenden Kosten gelegt werden (Rechel et al. 2009: 2).

Im Weiteren gelten für den Bereich Kosten ähnliche Überlegungen, wie sie in Zusammenhang mit öffentlicher versus privater TrägerInnenschaft angeführt sind: Wo PPPs dem privaten Sektor zugeordnet sind, gelten dementsprechend auch die arbeits- und sozialrechtlichen Regeln für den privaten Sektor, also insbesondere auch bezüglich Kollektivverträgen, die im privaten Bereich oft für den Dienstgeber günstiger ausfallen.

PPP-Projekte sind langfristig angelegt, und bereits die Zeitspanne zwischen Konzepterstellung und tatsächlicher Auftragsvergabe kann laut Rechel et al. (2009: 2) 5 bis 10 Jahre betragen. Danach schließt dann erst die Bauphase an. Durch diese lange Dauer kann es vorkommen, dass Krankenhäuser bei Inbetriebnahme nicht mehr den neuesten Erkenntnissen über die Bedarfe der Bevölkerung entsprechen. PPP-finanzierte Krankenhäuser sind meist recht groß, was zur komplexen und langwierigen Anfangsphase beiträgt. Auch wenn die Planungs- und Errichtungsphase bei Rehabilitationseinrichtungen kürzer und überschaubarer sein dürfte, bleibt der Hinweis auf die Notwendigkeit **flexibler Planung** dennoch aufrecht. So ist absehbar, dass der Bereich der Rehabilitation aus mehreren Gründen an Bedeutung gewinnt: die entsprechende Altersgruppe in der Bevölkerung wächst, und dem Prinzip Rehabilitation vor Pension kommt zunehmende Bedeutung zu. Außerdem wird politisch gewünscht, stationäre Rehabilitation, soweit sinnvoll und machbar, stärker durch ambulante Rehabilitation zu ersetzen.

Ein Beispiel mag veranschaulichen, dass die Anforderung der Flexibilität nicht nur für die Versorgungsinfrastruktur gilt, sondern auch für die Konstruktion der Finanzierung. Das spanische Alzira Projekt wird oft als PPP Erfolgsgeschichte gehandelt. Es darf aber nicht vergessen werden, dass das Projekt ursprünglich als Stand-Alone Krankenhaus geplant war, und in den ersten Jahren finanziell zu scheitern drohte. Nachhaltig durchführbar wurde das Projekt erst, als man flexibel genug war, das Alzira Angebot erheblich zu erweitern, nämlich zu einer Vollversorgung, die ähnlich einer HMO²⁷ durch Kopf-Pauschalen finanziert wird.

²⁷ Health Maintenance Organization, eine Konstruktion aus der Gruppe der Managed Care Formen, in der die Funktion der Versicherung und jene des Leistungsangebots miteinander verschränkt werden.

Hierzu musste freilich die Finanzierung des Projekts erheblich umgestaltet werden, einschließlich der Aufbringung beträchtlicher zusätzlicher Summen. Im britischen PFI wäre beispielsweise diese Re-Strukturierung von Projekt und Finanzierung nicht möglich gewesen (Rechel et al. 2009, McKee et al. 2006).

Die Notwendigkeit flexibler Leistungsangebote könnte auch im Bereich der Rehabilitation von Bedeutung sein, durch den steigenden Fokus auf ambulante Rehabilitation einerseits und geänderte gesetzliche Anforderungen andererseits.

Der Bereich der Rehabilitation ist einerseits weniger **komplex** als jener der Akutversorgung, insbesondere im Vergleich zu Universitätskrankenhäusern, da er planbarer ist und i.d.R. nicht mit jenem Druck behaftet, der mit Notaufnahmen und Sterberisiko einhergeht. Andererseits ist Rehabilitation insofern komplex, da sie auf ein umfassendes Menschenbild abzielt, und auf das vollwertige Ausüben vielfältiger Funktionen. Somit könnte man zusammenfassen, dass Aspekte aus der Komplexität der Einrichtung durchaus vorhanden sind, aber im Vergleich mit der akutmedizinischen Versorgung wohl abgeschwächt und mit einem Fokus, der weniger auf hochkomplexe Apparatedizin abstellt. Im Vergleich zu Krankenhäusern dürfte dieser Aspekt den Bereich Rehabilitation der Durchführung von PPP-Projekten etwas zugänglicher machen.

Die in der Literatur (ECORYS 2013a,b) beschriebenen möglichen Auswirkungen von PPP-Projekten auf das Rating des Landes stammen aus Ländern bzw. Fällen, wo es um Krankenhausversorgung im großen Stile ging. Im Kontext von Rehabilitation alleine ist eine derartige Größenordnung kaum zu erwarten; denkbar ist diese Auswirkung eher bei einer größeren Umstrukturierung oder einem Aufbauprogramm des Krankenhaussektors.

7. Rehabilitation in Österreich

Die Zuständigkeit für medizinische Rehabilitation fällt in Österreich in den Bereich der Sozialversicherung und wird dementsprechend für einen großen Teil der Bevölkerung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt; alle drei Versicherungszweige - Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung – gewähren Maßnahmen für medizinische Rehabilitation. In den Mehrspartenversicherungen (für öffentlichen Dienst, Selbständige, Bauern) bestehen gleichlautende oder ähnliche Regelungen in den entsprechenden Gesetzen.

Die UnfallversicherungsträgerInnen sind zuständig für Rehabilitationsmaßnahmen, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist. Die PensionsversicherungsträgerInnen sind zuständig, wenn die Arbeitskraft aufgrund körperlicher, geistiger oder psychischer Beeinträchtigungen gesunken ist. Die Wiederherstellung erfolgt mit dem Ziel, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen der betreffenden Person angemessenen Platz möglichst dauerhaft einnehmen zu können. Je nach Auslastung der eigenen Einrichtungen, können die PensionsversicherungsträgerInnen auch den Angehörigen von Versicherten im Bedarfsfall Rehabilitationsmaßnahmen gewähren. Die KrankenversicherungsträgerInnen führen Rehabilitationsmaßnahmen in ergänzender Zuständigkeit zu Unfall- und Pensionsversicherung durch, meist in Anschluss an eine Krankenbehandlung. Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist es, den Gesundheitszustand der Betroffenen soweit wieder herzustellen, dass diese in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauerhaft und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen, also Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Stationäre medizinische Rehabilitation erfolgt laut ASVG in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (§§ 154a, 302 ASVG). Diese gelten als Sonderkrankenanstalten: Gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG versorgen Sonderkrankenanstalten Personen mit bestimmten Krankheiten oder Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke. Hierunter fallen eben auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Demgegenüber kommt **ambulante Rehabilitation** ohne Übernachtung der PatientInnen in der Rehabilitationseinrichtung aus. Neben den medizinischen Voraussetzungen müssen die PatientInnen über die entsprechende Mobilität verfügen und es muss ihre häusliche Versorgung gesichert sein. Als Phase 2 Rehabilitation stellt sie eine Alternative zu stationärer Rehabilitation dar und dauert 4-6 Wochen, als Langzeit- Rehabilitation in Phase 3 dient sie der Stabilisierung der in der Phase 2 erzielten Erfolge sowie der langfristigen positiven Veränderung des Lebensstils, um die weitere Krankheitsprogression zu verhindern. Ambulante Rehabilitation in Phase 3 soll berufsbegleitend und deshalb wohnort- bzw.

arbeitsplatznahe stattfinden und bei ausreichender Therapiedichte die Alltagsbedingungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen.

Auf Maßnahmen der Rehabilitation besteht im Allgemeinen **kein Rechtsanspruch** für die Anspruchsberechtigten. Im Rahmen der Pensionsversicherung werden Versicherten dann Maßnahmen der Rehabilitation gewährt, wenn bereits Invalidität (ArbeiterInnen), Berufsunfähigkeit (Angestellte) bzw. Erwerbsunfähigkeit (Gewerbetreibende und Bäuerinnen bzw. Bauern) vorliegt oder wenn ohne diese Maßnahmen Invalidität, Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit eintreten würde. Rehabilitationsmaßnahmen können von den Versicherten beantragt, aber auch von der Pensionsversicherungsträgerin selbst veranlasst werden. So prüft die Pensionsversicherungsträgerin im Falle eines Antrages auf Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- und Erwerbsunfähigkeitspension, ob die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen erreicht werden kann. Im Antrag auf Heilverfahren muss die medizinische Notwendigkeit durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt begründet werden.

Für Maßnahmen stationärer medizinischer Rehabilitation sehen Pensions- und Krankenversicherungen i.d.R. je nach Einkommen eine **Kostenbeteiligung** der PatientInnen je Verpflegstag vor:

- 7,40 Euro bei einem Einkommen zwischen 857,73 Euro und 1.439,11 Euro,
- 12,68 Euro bei einem Einkommen bis 2.020,50 Euro,
- 17,97 Euro bei einem Einkommen über 2.020,50 Euro.

Bei besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit sind die PatientInnen von der Zuzahlung befreit.

7.1. Rehabilitationseinrichtungen

Für das Jahr 2013 weist das Gesundheitsministerium 66.831 systemisierte Betten in geöffneten Krankenanstalten aus, davon 9.871 Betten oder 15 Prozent in Rehabilitationseinrichtungen. 52 Prozent dieser Bettenkapazität befinden sich in privat betriebenen Einrichtungen, 44 Prozent in Einrichtungen der SozialversicherungsträgerInnen. Eine Aufgliederung nach konkreten TrägerInnen verdeutlicht nicht nur die Zugehörigkeit im Sinne einer Gliederung öffentlich – privat-gemeinnützig – privat-gewinnorientiert. Da nur einzelne TrägerInnen die Organisationform einer Public Private Partnership gewählt haben, ermöglicht diese Aufgliederung vielmehr auch einen Überblick über das Ausmaß von PPPs im Bereich der stationären Rehabilitation, siehe Tabelle 10 und die folgenden Abschnitte: Zwei SozialversicherungsträgerInnen, SVB und SVA, führen ihre ehemals eigenen Einrichtungen nunmehr als PPPs, während PVA und AUVA als größte BetreiberInnen von

stationären Rehabilitationskapazitäten sowie BVA ihre Einrichtungen selbst und ohne private Beteiligung führen.

Tabelle 10: Verteilung der Bettenkapazität nach TrägerInnenschaft, 2013

Typ	Anzahl s. Betten	Anteil Betten	Anzahl Anstalten	Betten je Anstalt
Land/ Gesellschaft	210	2%	3	70
EE PVA	2.173	22%	15	145
EE AUVA	590	6%	4	148
EE BVA	525	5%	5	105
PPP SVA	453	5%	3	151
PPP SVB	524	5%	4	131
EE GKK	97	1%	1	97
Verein	169	2%	2	85
Privat	5.130	52%	38	135
SUMME	9.871	100%	75	132

Anmerkung: EE...Eigene Einrichtung, PPP... Public Private Partnership.

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung unter Verwendung von BMG (2013).

7.1.1. Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt

Die Pensionsversicherungsanstalt führt 15 Sonderkrankenanstalten für stationäre Rehabilitation sowie ein Ambulatorium (Kurhaus Bad Schallerbach) und zwei Zentren für ambulante Rehabilitation (Wien, Graz) als Eigene Einrichtungen. In Einrichtungen mit stationärer Behandlung wurden im Jahr 2013 32.651 PatientInnen betreut; davon 29.523 Personen (90,4 Prozent) auf Kosten der Pensionsversicherungsanstalt und 3.128 Personen (9,6 Prozent) auf Kosten anderer Institutionen. Diese Zahlen umfassen sowohl Aufenthalte im Rahmen eines Heilverfahrens (Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge) als auch stationäre Begutachtungen und Kurzaufenthalte zu diagnostischen Zwecken. Insgesamt wurden 791.378 Belegtage verzeichnet (Pensionsversicherungsanstalt 2014a: 61).

Die Zahl der von der Pensionsversicherungsanstalt finanzierten Heilverfahren verteilt sich zu ca. einem Drittel auf den Bereich Rehabilitation und zu ca. zwei Dritteln auf Gesundheitsvorsorge, mit gegenläufiger Tendenz: Die Zahl der Rehabilitations-Heilverfahren

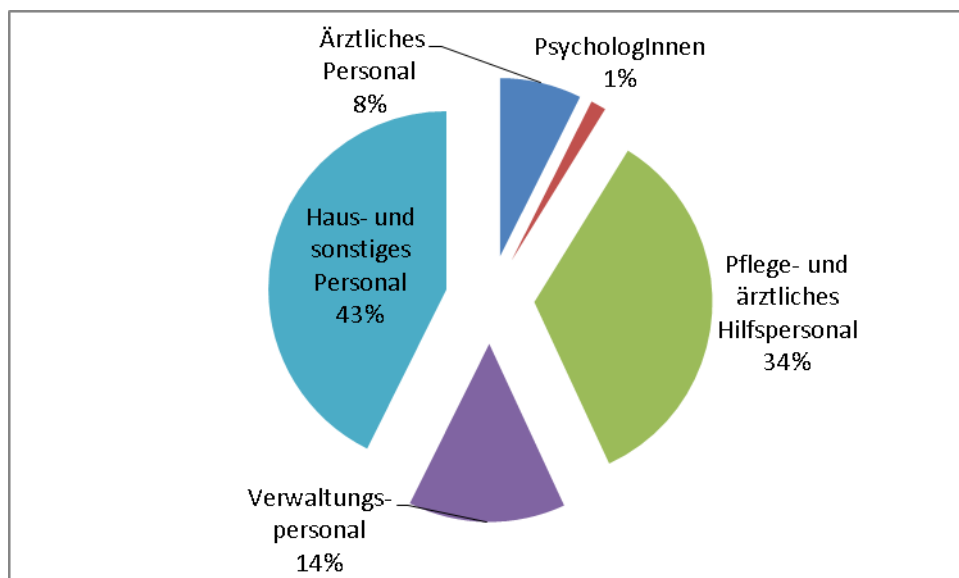
nimmt zu, jene im Rahmen der Gesundheitsvorsorge nimmt ab. Im Jahr 2013 wurden 18 Prozent aller Heilverfahren in eigenen Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt, allerdings zu unterschiedlichen Anteilen in den beiden Bereichen: Im Bereich Rehabilitation lag der Anteil eigener Einrichtungen im Jahr 2013 bei 35 Prozent, in der Gesundheitsvorsorge bei 12 Prozent.

Tabelle 11: Durchgeführte Heilverfahren in Eigenen und in Vertrags-Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt

	2011	2012	2013	Anstieg 2011-2013	Anteil 2013
Rehabilitation	39.660	43.988	46.897	18%	100%
eigene Einrichtungen	15.102	15.965	16.505	9%	35%
Vertragseinrichtungen	24.558	28.023	30.392	24%	65%
Gesundheitsvorsorge	137.906	139.694	134.902	-2%	100%
eigene Einrichtungen	17.921	17.642	16.255	-9%	12%
Vertragseinrichtungen	119.985	122.052	118.647	-1%	88%
Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge	177.566	183.682	181.799	2%	100%
eigene Einrichtungen	33.023	33.607	32.760	-1%	18%
Vertragseinrichtungen	144.543	150.075	149.039	3%	82%

Quelle: IHS Darstellung unter Verwendung von Pensionsversicherungsanstalt (2014b).

Für die Eigenen Einrichtungen der PVA liegen einige Basisinformationen über die Personalstruktur vor. Im Jahr 2013 waren 2.293 VZÄ in eigenen Einrichtungen beschäftigt, die sich wie in Abbildung 4 dargestellt auf die einzelnen Personalkategorien verteilen. Demnach arbeiten rund 43 Prozent des Personals medizinisch, therapeutisch oder pflegerisch direkt an/mit den PatientInnen. Etwa gleich viel Personal ist im hauswirtschaftlichen oder sonstigen Bereich beschäftigt, rund 14 Prozent des Personals nehmen Verwaltungsagenden wahr.

Abbildung 4: Personalkategorien in Eigenen Einrichtungen der PVA, VZÄ, 2013

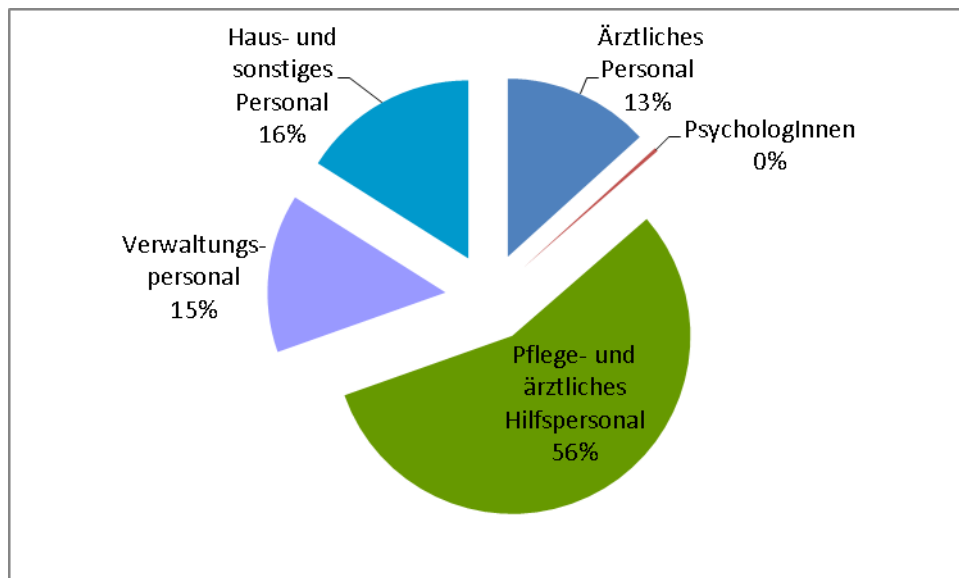
Quelle: IHS HealthEcon Darstellung unter Verwendung von Auskünften des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger.

Anmerkung: Die Zahlen beziehen sich auf die kostenrelevanten Beschäftigten, d.h. dass z.B. Personen in Karenz nicht berücksichtigt sind.

7.1.2. Rehabilitationseinrichtungen der AUVA

Die AUVA führt vier Rehabilitationseinrichtungen. In den Rehabilitationszentren Häring (Tirol) und Weißer Hof (Niederösterreich) und in der Rehabilitationsklinik Tobelbad (bei Graz) werden PatientInnen nach Arbeitsunfällen mit Funktionseinbußen des Bewegungs- und Stützapparates, nach Amputationen, Querschnittlähmung sowie mit Schädel-Hirn-Verletzungen (Polytraumen) stationär behandelt. Darüber hinaus bestehen eine Spezialeinrichtung für Schädel-Hirn-Verletzungen (Meidling) und eine für die Behandlung von internen Berufskrankheiten (Tobelbad). Die Einrichtungen beschränken sich nicht allein auf die Rehabilitation nach Arbeitsunfällen, sondern bei verfügbaren Kapazitäten werden auch PatientInnen nach Freizeit-, Sport- und Haushaltsunfällen und Erkrankungen rehabilitiert.

Über eigene Einrichtungen der AUVA liegen gleich strukturierte Personalinformationen vor wie über jene der PVA. Im Unterschied zur PVA betreibt die AUVA aber auch Spitäler, konkret Unfallkrankenhäuser, sodass der Bereich der Eigenen Einrichtungen umfangreicher und strukturell vielfältiger als in der PVA ist. Dies spiegelt sich insbesondere in höheren pflegerischen und ärztlichen Anteilen an der Gesamtbeschäftigung wieder (Abbildung 5).

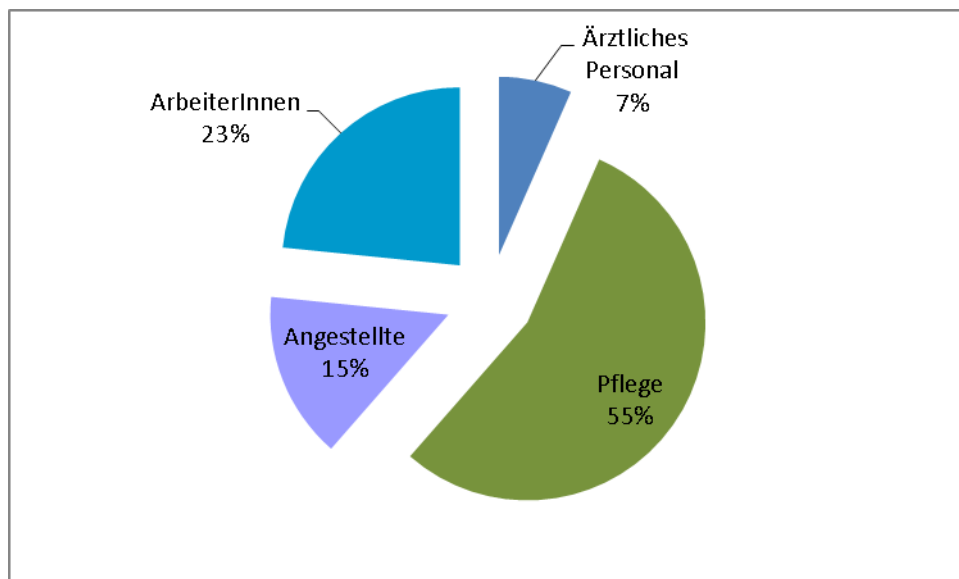
Abbildung 5: Personalkategorien in Eigenen Einrichtungen der AUVA, VZÄ, 2013

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung unter Verwendung von Auskünften des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger.

Anmerkung: Eigene Einrichtungen der AUVA umfassen Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Die Zahlen beziehen sich auf die kostenrelevanten Beschäftigten, d.h. dass z.B. Personen in Karenz nicht berücksichtigt sind.

Zusätzlich liegt uns für die vier Rehabilitationseinrichtungen der AUVA eine etwas anders strukturierte Personalinformation für das Jahr 2012 vor, die zwar ebenfalls ärztliches und pflegerisches Personal, als weitere Kategorien aber ArbeiterInnen und Angestellte ausweist (Abbildung 6). Die beiden letzten Kategorien dürften weitgehend, aber nicht vollständig hauswirtschaftlichem und Verwaltungspersonal entsprechen. Während der ärztliche Anteil jenem in den Rehabilitationseinrichtungen der PVA entspricht, gleicht der pflegerische Anteil eher jenem im gesamten AUVA-Bereich, also inklusive Unfallkrankenhäusern.

Abbildung 6: Personalkategorien in Eigenen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA, 2012



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung unter Verwendung von AUVA (2013).

7.1.3. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt öffentlicher Dienst

Die Sozialversicherungsanstalt öffentlicher Dienst betreibt vier Rehabilitationszentren als eigene Einrichtungen (Rehabilitationszentrum Austria in Bad Schallerbach, Therapiezentrum Buchenberg in Waidhofen a. d. Ybbs, Therapiezentrum Rosalienhof in Bad Tatzmannsdorf, Rehabilitationszentrum Engelsbad in Baden). Die Ausgaben der BVA für medizinische Rehabilitation beliefen sich im Jahr 2013 auf 80.420.436,05 Euro, nach 75.900.225,72 Euro im Jahr 2012. In diesem Betrag sind die Aufwendungen für die anstaltseigenen Rehabilitationszentren in Höhe von insgesamt 24.525.587,58 Euro (2012: 21.261.469,37 Euro) enthalten.

7.1.4. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft

Die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft betreibt drei Rehabilitationszentren mit unterschiedlichen Partnern in Form von PPPs. Das Klinikum Malcherhof in Baden wird seit 2007 in Kooperation mit der PremiQaMed-Gruppe als privatem Managementpartner betrieben, die zu 49 Prozent an der Betriebs-GmbH des Klinikums Malcherhof beteiligt ist. Das Herz-Kreislaufzentrum Bad Ischl wird in Kooperation mit der Vinzenz-Gruppe geführt, und das Neurologische Rehabilitationszentrum Rosenhügel in Kooperation mit der VAMED Management und Service GmbH.

7.1.5. Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern führt fünf Rehabilitationseinrichtungen in Zusammenarbeit mit einem Konsortium aus drei österreichischen Institutionen unter einer gemeinsamen Dachmarke (Klinikum Austria) in Form einer PPP. Die SVB hat die ehemals Eigenen Einrichtungen in Gesellschaften eingebracht, an denen sie nunmehr mit jeweils 26 Prozent beteiligt ist, die SVB beteiligt sich auch an der Geschäftsführung. Das Klinikum Bad Gleichenberg ist seit April 2006 mehrheitlich im privaten Besitz der REHAMED, die Teilprivatisierung der restlichen vier ehemals Eigenen Einrichtungen erfolgte 2010 nach einer EU-weiten Ausschreibung, sodass die KBB GmbH nunmehr die ehemals Eigenen Einrichtungen in Baden, Bad Hall, Schallerbach und Bad Gastein führt. Die SVB gibt als Ziel der Kooperation an, die Leistung für bäuerliche Versicherte, die Auslastung der Häuser, die erforderlichen Investitionsmaßnahmen, die Qualität der Einrichtungen und die Arbeitsplätze der MitarbeiterInnen langfristig zu sichern (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2013: 87).

In den Einrichtungen der REHAMED bzw. der KBB GmbH wurden im Jahr 2012 10.811 PatientInnen betreut; davon 9.410 SVB-PatientInnen und 1.401 PatientInnen anderer Trägerinnen und SelbstzahlerInnen. Insgesamt wurden 223.172 Belegtage verzeichnet, wovon wiederum 28.948 auf PatientInnen anderer Trägerinnen und SelbstzahlerInnen entfielen (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2013: 88).

7.2. Ausgaben der SozialversicherungsträgerInnen für Rehabilitation

Die einzelnen Versicherungssparten weisen die Rehabilitationsausgaben nicht einheitlich abgegrenzt aus. Ausschließlich die UnfallversicherungsträgerInnen weisen Rehabilitationsausgaben getrennt von anderen Ausgaben unter exakt diesem Titel aus. Während die Ausgaben der KrankenversicherungsträgerInnen auf medizinische Rehabilitation eingeschränkt sind, enthalten die Ausgaben der PensionsversicherungsträgerInnen jene für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation. Dies dürfte in Zusammenhang damit stehen, dass Leistungen der Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge oft in denselben Einrichtungen und wohl auch vom selben Personal erbracht werden. Ausgehend von diesen uneinheitlich abgegrenzten Ausgaben betrugen die Aufwendungen für Rehabilitation im Bereich der SozialversicherungsträgerInnen im Jahr 2013 in Summe EUR 1.059 Mio. und lagen damit um 6,2 Prozent über dem Vorjahresniveau. Im 10-Jahresabstand stiegen die Ausgaben für Rehabilitation um insgesamt 60 Prozent und damit, gemessen an den gesamten Sozialversicherungsausgaben, leicht überproportional, vgl. Tabelle 12.

Zu diesem Ausgabenanstieg trugen einerseits Tarifanpassungen bei. Andererseits steht diese Entwicklung in Zusammenhang mit der Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“, durch den die Rehabilitation neben der kurativen Medizin und der Prävention immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ein Anstieg ist sowohl im stationären als auch im

ambulanten Rehabilitationsgeschehen zu verzeichnen. Bei Kurheilverfahren liegen hingegen rückläufige Fallzahlen vor.

Mit fast 90 Prozent der gesamten Rehabilitationsaufwendungen der SV entfiel auch im Jahr 2013 der größte Anteil auf die Pensionsversicherungen. Dieser Anteil wiederum wird zu drei Viertel von der PVA bestritten, das letzte Viertel verteilt sich auf den Pensionszweig innerhalb der spartenübergreifenden SV-TrägerInnen.

Im längerfristigen Vergleich fällt eine massive Verschiebung im Schwerpunkt auf: Im Jahr 2003 bestritten die KV-TrägerInnen noch rund 30 Prozent der Ausgaben für Rehabilitation, und die PV-TrägerInnen 61 Prozent. Bis zum Jahr 2013 fiel der Anteil der KV-TrägerInnen auf unter 2 Prozent, und der frühere KV-Anteil verschob sich praktisch zur Gänze auf den Bereich der PV. Der Ausgabenanteil der UV ist mit rund 9 Prozent vergleichsweise stabil geblieben.

Da der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsvorsorge zwar fallend, aber immer noch hoch ist, wird in Tabelle 12 eine näherungsweise Berechnung der Rehabilitationsausgaben der SV-TrägerInnen ausgewiesen. Hierzu wird der entsprechende Anteil der Rehabilitationsausgaben an der Summe aus Rehabilitations- und Gesundheitsvorsorgeausgaben in der PVA herangezogen und auf die Ausgaben aller PV-TrägerInnen angewandt. In dieser Näherungsberechnung reduzieren sich die Ausgaben für Rehabilitation (ohne Gesundheitsvorsorge) auf rund die Hälfte, vgl. Tabelle 12.

Tabelle 12: Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitation

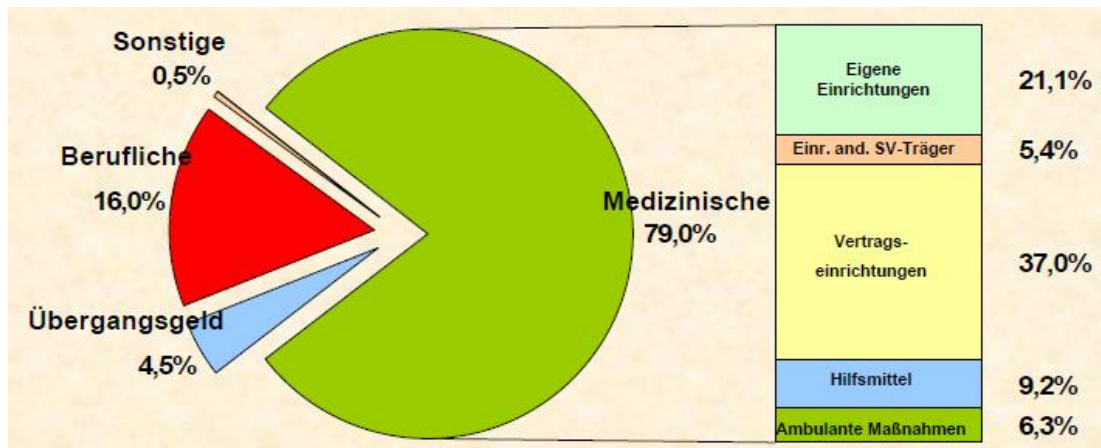
Bezeichnung	Z.	2003	2012	2013	Verändg. z. Vorjahr in %	Index 2003 = 100	Anteil	Anteil (Z.5)	Anteil (Z.6)
			in 1.000 Euro				2003	2013	2013
Ausgaben für Rehabilitation									
alle KV-TrägerInnen	1	197.585	16.869	17.926	6,3%	9	29,9%	3,3%	1,7%
alle PV-TrägerInnen	2	400.481	902.456	952.440	5,5%	238	60,6%		89,9%
davon Rehab. analog PVA	3			436.218				80,4%	
alle UV-TrägerInnen	4	62.533	77.603	88.730	14,3%	142	9,5%	16,3%	8,4%
Zeilen 1+3+4	5			542.874				100,0%	
Zeilen 1+2+4	6	660.599	996.929	1.059.097	6,2%	160	100,0%		100,0%
Gesamtausgaben									
alle KV-TrägerInnen	7	11.071.780	15.188.964	15.675.555	3,2%	142	30,0%		28,8%
alle PV-TrägerInnen	8	24.744.317	35.691.394	37.127.473	4,0%	150	67,1%		68,3%
alle UV-TrägerInnen	9	1.084.921	1.485.804	1.549.343	4,3%	143	2,9%		2,9%
Zeilen 6+7+8	10	36.901.018	52.366.161	54.352.371	3,8%	147	100,0%		100,0%

Anmerkung: Zeile 1: Medizinische Rehabilitation, Zeile 2: Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge, Zeile 3: Rehabilitationsanteil analog Anteil in PVA, Zeile 4: Rehabilitation.

Quelle: IHS 2014 basierend auf Daten des HVSV.

Im Bereich der PVA entfallen 46 Prozent der Ausgaben auf Rehabilitation und 54 Prozent auf Gesundheitsvorsorge. Für die Rehabilitationsausgaben weist Abbildung 7 aus, dass 79 Prozent auf medizinische Rehabilitation entfallen, und hier wiederum mit 37 Prozentpunkten der größte Anteil auf medizinische Rehabilitation in Vertragseinrichtungen.

Abbildung 7: Aufteilung der Rehabilitationsaufwendungen in der Pensionsversicherungsanstalt, 2013



Quelle: Pensionsversicherungsanstalt (2014b).

8. Ansatzpunkte für eine Abschätzung des Potenzials für Effizienzverbesserungen in Österreich

8.1. TrägerInnentyp

Wie im vorigen Kapitel dargelegt, bevorzugen im stationären Rehabilitationsgeschehen in Österreich einzelne SV-TrägerInnen unterschiedliche Rechtsformen ihrer Rehabilitationseinrichtungen (Eigene Einrichtungen, PPP, private VertragspartnerInnen). Diese Struktur kann für eine Abschätzung von Privatisierungseffekten herangezogen werden:

- Eine Teil-Privatisierung von Einrichtungen, durch Überführung in PPP Modelle, liegt bei zwei TrägerInnen vor, SVA und SVB. PVA, AUVA und BVA stellen Rehabilitationsleistungen über Eigene Einrichtungen sowie per Vertrag mit privatwirtschaftlichen Einrichtungen bereit, bzw. nutzen – wie alle TrägerInnen in unterschiedlichem Ausmaß – eigene Einrichtungen anderer TrägerInnen mit.
- Dementsprechend können sich allfällige Privatisierungsvorteile in einer „ersten Runde“ ausschließlich im Bereich der derzeitigen Eigenen Einrichtungen ergeben, und damit insbesondere im Bereich von PV, AUVA und BVA. Mittelbare Vorteile ergeben sich für jene SV-TrägerInnen, die ihre Versicherten in die privatisierten ehemaligen Eigenen Einrichtungen anderer SV-TrägerInnen überweisen.²⁸
- Da die internationalen Berichte über PPPs im Gesundheitswesen nicht ergiebig bezüglich Kosteneffekten von PPPs sind, können Erfahrungen mit österreichischen PPPs herangezogen werden.
- In einer weiteren „Runde“, also nach (Teil-)Privatisierung jetziger eigener Einrichtungen (von PVA, AUVA oder BVA), wäre theoretisch denkbar, dass verschärfter Wettbewerb zwischen den Einrichtungen zu weiteren Gewinnen führt. Hierüber liegen jedoch keine Erfahrungen vor, sodass dieser Ansatzpunkt ausgeklammert bleibt.

8.2. Erfahrungen mit österreichischen PPPs

Die SVA gibt an, dass seit der Umwandlung einer Rehabilitationseinrichtung (Malcherhof) im Jahre 2007 in ein PPP-Modell die Kosten um 20 Prozent gesenkt werden konnten. Diese Kostensenkung stand in Zusammenhang mit den folgenden Faktoren²⁹, die großteils auch den aus der Literatur gewonnenen Erkenntnissen entsprechen:

²⁸ In dem Ausmaß, wie Rehabilitation bereits von privaten Einrichtungen bzw. PPPs erbracht wird, gehen wir von keinen weiteren unmittelbaren Privatisierungsvorteilen aus. Es ist zwar denkbar, dass Outsourcing in diesen Bereichen weitere Effizienzvorteile schaffen könnte, dies wäre aber ein Vorteil aus verstärkter Kooperation zwischen privatwirtschaftlichen Partnern und damit keine Privatisierung.

²⁹ Persönliche Auskunft.

- Im Bereich des Personals war nunmehr der Kollektivvertrag für private Krankenanstalten anzuwenden, nach dem die Bruttobezüge um ca. 13,5 Prozent unter jenen des Kollektivvertrages der Dienstordnung für Sozialversicherungsbedienstete lagen (inzwischen wurde ein eigener Kollektivvertrag für Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossen, siehe folgender Abschnitt).
- Inzwischen liegt der Anteil der GmbH-Beschäftigten über der Hälfte. Wenn ausscheidende Beschäftigte mit SV-Vertrag überwiegend eine lange Dienstzeit und eine entsprechend hohe Einstufung hatten, liegen die kollektivvertraglich geregelten Gehaltskosten der neuen oder umgestiegenen Beschäftigten deutlich unter jenen der ausgeschiedenen SV-Beschäftigten.
- Die SVA gibt an, im Zuge der Umwandlung keine Personalreduktion vorgenommen zu haben, sondern den Personalstand entsprechend der gestiegenen Bettenzahl angepasst zu haben.
- Bei den Sachkosten wurden Einsparungen durch einen zentralen Einkauf und durch eine gemeinsame Führung von Labor, Röntgen und Medikamentenversorgung mit den privaten Partnern erzielt. Zudem wurden Einsparungen im IT-Bereich erzielt.
- Andererseits fallen im Bereich der Sachkosten im Gegensatz zu eigenen Einrichtungen auch Management-Gebühren und sowie Pacht an. Daher³⁰ ist der Personalkostenanteil an den gesamten Kosten niedriger als in eigenen Einrichtungen und liegt im Klinikum Malcherhof Baden bei rund 61 Prozent.

Auch die SVB berichtet über Erfolge im Zuge der Überführung der vormals eigenen Einrichtungen in PPP-Modelle. Zu den Zielen der Umwandlung zählte u.a. die Ermöglichung von Modernisierungen und Investitionen. Im Zuge des Jahres 2012 wurden die größeren Investitionsprojekte infolge der Teilprivatisierung abgeschlossen und alle vier Einrichtungen sind wieder in Betrieb. Für das Jahr 2012 erzielten beide Betreibergesellschaften einen Gewinn, und zwar die KBB GmbH einen Jahresgewinn von 4,7 Mio. Euro bei einer Betriebsleistung von 43,9 Mio. Euro und die REHAMED einen Jahresgewinn von 0,7 Mio. Euro bei einer Betriebsleistung von 10,5 Mio. Euro.

Im Bereich der REHAMED bestand 2012 noch 59 Prozent des Personals aus überlassenen MitarbeiterInnen der SVB, im Bereich der KBB, die ja vier Jahre später teilprivatisiert wurde, 68 Prozent (gemessen in VZÄ, jeweils etwas niedrigere Anteile beim medizinischen Personal) (Sozialversicherungsanstalt der Bauern 2013: 89).

Über die erzielten Erfahrungen liegen uns ausschließlich die Angaben von SVA bzw. SVB vor. Wir kennen keine unabhängige Untersuchung oder Evaluation dieser Ergebnisse, und können dementsprechend nicht beurteilen, ob sich die (Teil-)Privatisierung auf den

³⁰ Das Management wird in eigenen Einrichtungen von eigenen Bediensteten durchgeführt, sodass die dafür anfallenden Kosten als Personalkosten zu verbuchen sind. Die Infrastruktur von Eigenen Einrichtungen ist im Eigentum der Sozialversicherung sodass keine Pacht anfällt, sondern allenfalls Investitionskosten.

behandelten Case-Mix in den betreffenden Einrichtungen ausgewirkt hat. Aus der Krankenhaus-Literatur ist bekannt, dass öfter Effizienzvorteile von privaten Einrichtungen berichtet werden, die aber statistisch nicht mehr nachweisbar sind, wenn Indikatoren für Qualität oder Fallschwere berücksichtigt werden. Ob dies hier der Fall ist, müsste getrennt untersucht werden.

Ebenso berichtet die SVA über höhere PatientInnenzufriedenheit seit Umstellung auf das PPP-Modell. So erfreulich dieses Befund auch ist, lässt er doch nicht unmittelbar auf höhere Behandlungsqualität (oder gar Effizienz) rückschließen. PatientInnenzufriedenheit gründet sich oft auf Service-Qualität, aber u.a. mangels Vergleichserfahrungen selten auf medizinische Qualität.

8.3. Personalausgaben und TrägerInnentyp in Österreich

Für Beschäftigte in Einrichtungen von SozialversicherungsträgerInnen kommt die Dienstordnung der Sozialversicherungsträger zur Anwendung, für Beschäftigte in privaten Kuranstalten und Rehabilitationsbetrieben wurde im Jahr 2013 erstmals ein bundesweiter Kollektivvertrag abgeschlossen; dieser bezieht sich jedoch nicht auf das Personal im „Hotelbereich“.

Der **Kollektivvertrag** trat am 01.12.2013 mit einer Laufzeit des lohn- und gehaltsrechtlichen Teiles bis 30.09.2014 in Kraft. Die Lohn- bzw. Gehaltstabellen für das medizinische Personal orientieren sich am Niveau des Kollektivvertrags des Verbandes der Privatkrankenanstalten (WKO 2014). Für die gastronomischen Berufsgruppen wird auf die einschlägigen Kollektivverträge des jeweiligen Bundeslandes verwiesen (Dies gilt jedenfalls für das Personal an der Rezeption, das Servicepersonal, das Küchenpersonal, das Personal für Innen- und Außenreinigung sowie die Hilfskräfte). Der Kollektivvertrag schließt den ärztlichen Bereich nicht mit ein. Der Kollektivvertrag unterscheidet prinzipiell zwischen drei Arten von Einrichtungen, private Kur-, Rehabilitations- und Mischbetriebe, je nachdem, ein wie hoher Bettenanteil dem Kurbetrieb gewidmet ist. In den Gehalts- bzw. Lohntabellen wirkt sich dies jedoch nur bei Verwendungsgruppe II (Heilmasseur und medizinische Masseur) aus.

Zusätzlich zum Gehalt bzw. Lohn laut Schema besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine Nachtdienstzulage für den Zeitraum von 20 Uhr bis 6 Uhr, sowie eine Zulage für Sonntage bzw. Feiertage im Sinne des Arbeitsruhegesetzes. In beiden Fällen, Nacht- und Sonn- bzw. Feiertagsdienst, beträgt die Höhe bis zur vollendeten 4. Stunde pro Stunde 4,23 Euro, bei einem Dienst von mehr als 4 Stunden 33,67 Euro. Außerdem besteht eine Zulage für Heilmasseur und medizinische Masseur in den Rehabilitationsbetrieben in Höhe von 5,263 Prozent des kollektivvertraglichen Bezuges in Verwendungsgruppe II.

Die **Dienstordnung der Sozialversicherungsträger** besteht aus je einer eigenen Dienstordnung für Ärzte und Ärztinnen (DO.B), für Verwaltungsangestellte, Pflegepersonal

und zahntechnische Angestellte (DO.A), die auch die Berufsgruppen medizinisch-technischer Dienst, Psychologie und Psychotherapie, Heilmasseure u.a. umfasst, und einer Dienstordnung für Arbeiter und Arbeiterinnen (DO.C). Die Dienstordnung DO.A umfasst Angestellte in allen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 KAKuG, aber auch in Kuranstalten und Kurheimen. Damit sind auch Sonderkrankenanstalten und selbständige Ambulatorien mit erfasst (DO.A §1 (9), §38a). In DO.C gilt analoges.

In den Dienstordnungen sind, wie auch in Kollektivverträgen üblich, außer dem Gehalt eine Reihe von weiteren Entgeltbestandteilen geregelt. So werden allein 14 verschiedenen Arten von „Zulagen“ im Inhaltsverzeichnis der DO.A aufgeführt. Beispielsweise gebührt den Angestellten für eine innerhalb der Normalarbeitszeit gelegene Dienstleistung zwischen 20 Uhr und 6 Uhr eine Nachtdienstzulage; diese beträgt für jede Arbeitsstunde innerhalb des angeführten Zeitraumes 30 Prozent des Stundenlohnes (§ 53, § 59 Abs 2). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die DO.A für einen breiteren Anwendungsbereich gilt als nur Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, somit kommen in Rehabilitationseinrichtungen wohl nicht alle dieser Zulagen auch zur Anwendung.

In beiden Regelungen, Dienstordnung und Kollektivvertrag, wird von einer 40-Stunden-Woche ausgegangen. Im Folgenden werden die Unterschiede im Entgeltanspruch exemplarisch anhand einzelner Beispiele dargestellt.

(Gehobener) Medizinisch-technischer Dienst und Pflegeberufe

Im Bereich der SV sind gemäß DO.A §38(5) Angestellte des medizinisch-technischen Fachdienstes, ebenso wie Angestellte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Gehaltsgruppe II, Dienstklasse A einzureihen. Bei Vorliegen von entsprechenden Sonderausbildungen für Lehr-, Sonder- und Führungsaufgaben gilt für Angestellte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Gehaltsgruppe II, Dienstklasse B. Angestellte der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind gemäß DO.A § 38 (7) in Gehaltsgruppe II, Dienstklasse C einzureihen.

Der Kollektivvertrag für private Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sieht die Einstufung von Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst gemäß MTD-Gesetz³¹ in Verwendungsgruppe V vor. Diplomierte medizinisch-technische Fachkräfte sind ebenso wie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Stufe IV einzureihen.

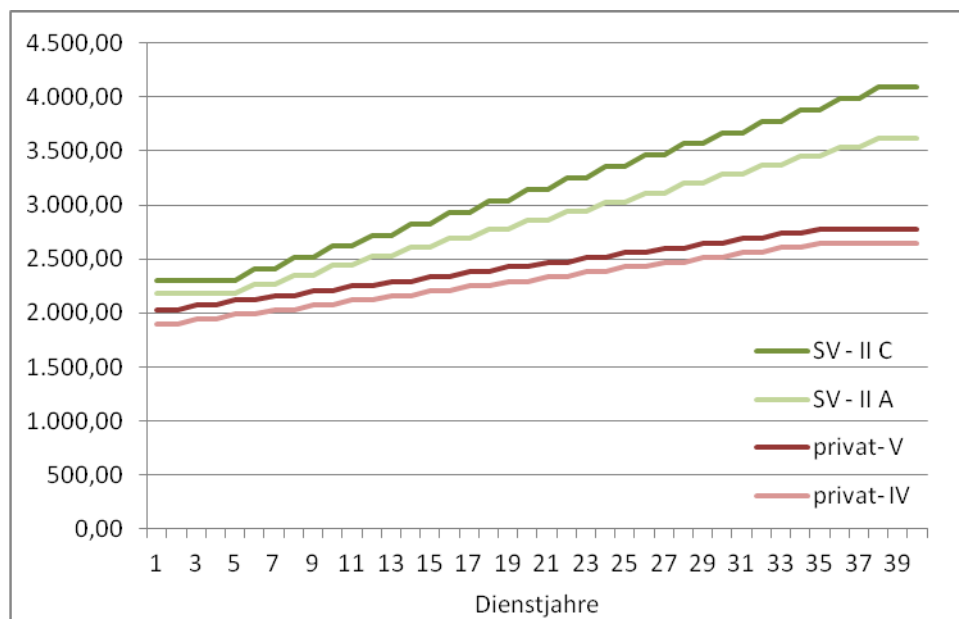
Abbildung 8 verdeutlicht den Gehaltsunterschied im medizinisch-technischen Dienst. Das kollektivvertragliche Gehalt macht im ersten Dienstjahr 87 Prozent (Fachkräfte) bzw. 88

³¹ Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste laut MTD-Gesetz sind der physiotherapeutische Dienst, der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst, der radiologisch-technische Dienst, der Diätdienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst, der ergotherapeutische Dienst, der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst, der orthopädische Dienst.

Prozent (gehobener Dienst) des Wertes aus, der im ersten Jahr in einer SV-Einrichtung vorgesehen ist. Im 38. Dienstjahr hat sich der Abstand absolut auf 970 Euro (Fachkräfte) bzw. 1.313 Euro (gehobener Dienst) brutto pro Monat vergrößert; das kollektivvertragliche Gehalt entspricht 73 Prozent (Fachkräfte) bzw. 68 Prozent (gehobener Dienst) des Wertes im SV-Schema.

Wird der hauswirtschaftliche Teil ausgeklammert, stellen der medizinisch-technische Dienst und die Pflege die am stärksten besetzten Berufsfelder in Rehabilitationseinrichtungen dar, vgl. Abbildung 4. Nach dieser Abbildung über die Personalverteilung in den eigenen Einrichtungen der PVA entfallen auf diese Berufsfelder rund ein Drittel des gesamten Personals (in VZÄ), wobei hier allerdings auch Hilfskräfte eingerechnet sind. Dennoch sind diese Berufsgruppen sehr relevant zur Abschätzung finanzieller Privatisierungseffekte.

Abbildung 8: Vergleich der Gehaltsschemata, medizinisch-technischer Dienst und Pflege, 2014



Quelle: IHS Health Econ 2014.

Wie der folgende Abschnitt zeigt, ist der Gehaltsunterschied zwischen privatem und SV-Bereich bei psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beschäftigten noch ausgeprägter.

Psychologisches und psychotherapeutisches Personal

Im Bereich der SV ist gemäß DO.A §38(a) psychologisches Personal in Gehaltsgruppe P2 einzuordnen, wenn die Person zur selbstständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt sind (Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sowie Klinische Psychologinnen und Psychologen) oder auf Basis einer entsprechenden Ausbildung als

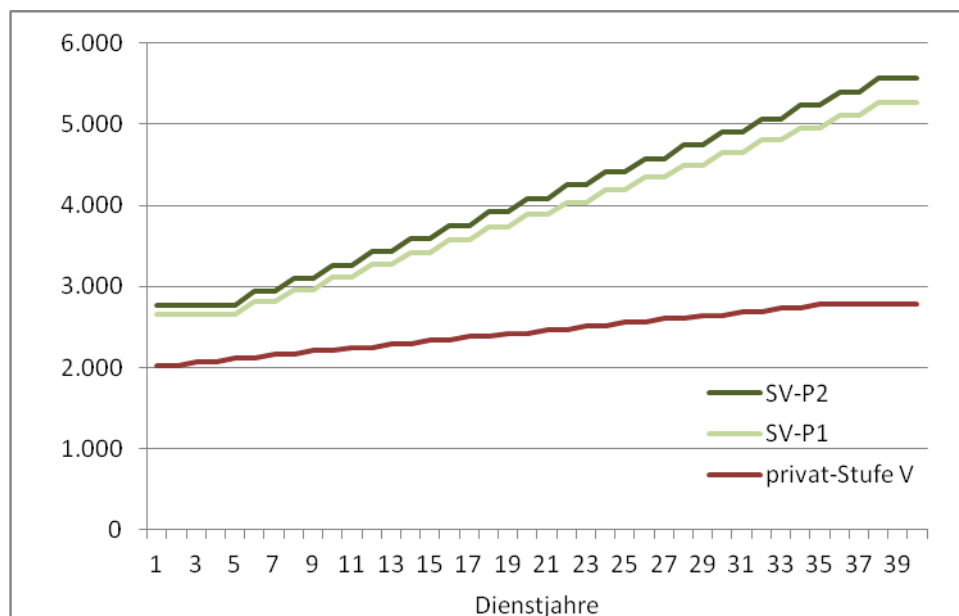
Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut arbeitet. Ansonsten ist sie in Gehaltsgruppe P1 einzuordnen.

Nach dem Kollektivvertrag für private Kur-, Rehabilitations- und Mischbetriebe sind klinische Psychologinnen und Psychologen sowie PsychotherapeutInnen einheitlich in Verwendungsgruppe V eingereiht.

Im Bereich der PVA entfällt auf diese Berufsgruppe allerdings nur ein Prozent der Beschäftigten in eigenen Einrichtungen, wobei nur Beschäftigte im Bereich Psychologie (im Gegensatz zu Psychotherapie) vermerkt sind.

Abbildung 9 zeigt auf, dass das kollektivvertragliche Gehalt im ersten Dienstjahr 76 Prozent des Wertes ausmacht, der im ersten Jahr in einer SV-Einrichtung im (etwas niedrigeren) Schema P1 vorgesehen ist. Im 38. Dienstjahr hat sich der Abstand absolut auf 2.481 Euro brutto pro Monat vergrößert; das kollektivvertragliche Gehalt entspricht 53 Prozent des Wertes in Schema P1. Werden Nachtdienste geleistet, gebührt hierfür ein Entgelt pro Stunde in Höhe von 4,80 Euro (P1, 1. Dienstjahr) bis 10,05 Euro (P2, ab 35. Dienstjahr) brutto.

Abbildung 9: Vergleich der Gehaltsschemata, psychologisches und psychotherapeutisches Personal, 2014



Quelle: IHS Health Econ 2014.

Arbeiterinnen und Arbeiter

Wir haben keine konkrete Aufschlüsselung darüber, aus welchen Berufs- oder Tätigkeitsgruppen sich die 43 Prozent Haus- und sonstiges Personal in den eigenen Einrichtungen der PVA zusammensetzen. Wir gehen davon aus, dass die meisten dieser Beschäftigten in den Bereichen Küche, Reinigung und sonstige Hauswirtschaft beschäftigt sind. Die für den Vergleich geeigneten Kollektivverträge aus der Privatwirtschaft sind daher jene für den Hotellerie- und Tourismusbereich, die je Bundesland abgeschlossen werden. Auch hier stellen wir daher für den Kostenvergleich zwischen SV-Bereich und Privatwirtschaft nur einzelne ausgewählte Lohnschemata einander gegenüber. Als Bundesländer wählen wir dafür Niederösterreich und die Steiermark, da sich in diesen Bundesländern ein relativ hoher Anteil der PVA Bettenkapazität befindet. Für den Vergleich wird je eine inhaltlich relevante Lohngruppe „am oberen“ und „am unteren“ Ende der jeweiligen Lohngruppen ausgewählt und gegenübergestellt.

Für in der Sozialversicherung beschäftigte Arbeiterinnen und Arbeiter umfasst die DO.C fünf Lohngruppen mit je zwei, in einem Falle drei Dienstklassen. Gemäß §35 (1) DO.C ist Reinigungspersonal in Krankenanstalten in Lohngruppe I, Dienstklasse B einzureihen, Stubenmädchen und Küchenhilfskräfte in Lohngruppe I, Dienstklasse C und WäscherInnen, BüglerInnen und HausarbeiterInnen in Lohngruppe II, Dienstklasse B. Der Lohnunterschied zwischen Lohngruppe I, Dienstklasse B und Dienstklasse C beträgt rund 20 Euro pro Monat, der Lohnunterschied zwischen Lohngruppe I, Dienstklasse B und Lohngruppe II, Dienstklasse B wächst von 130 Euro pro Monat in der untersten Lohnstufe auf 353 Euro pro Monat in der obersten Lohnstufe an.

Die kollektivvertraglichen Löhne in der Steiermark sind für eine Reihe von relevanten Tätigkeiten bzw. Berufen gleich hoch. In Abbildung 10 wird für die Steiermark jene Lohnhöhe dargestellt, die vereinbart wurde für Kellner (Servierkraft) ohne Lehrzeit ohne Inkasso, Bedienungskräfte in Heimen, Portiergehilfen, Hotelgehilfen, Lohndiener, Bademeister in Badeanlagen die nur Hotelgästen zugänglich sind, Hallengehilfen, Liftführer in Beherbergungsbetrieben, Zimmermädchen, Alleinzimmermädchen (bzw. –stubenmädchen, –stubenfrau) und erstes Zimmermädchen (bzw. –stubenmädchen, –stubenfrau).

In Niederösterreich ist das Lohnschema in der Hotellerie stärker ausdifferenziert als in der Steiermark. In Abbildung 10 wird die Lohnhöhe für Beschäftigte im Zimmerdienst ausgewiesen. Die kollektivvertragliche Lohnhöhe für Beschäftigte im Bereich Wäscherei, Nähen, Bügeln liegt um 53 bis 88 Euro darunter, jene für Kellner-, Schank- und Buffethilfen zwischen den beiden.

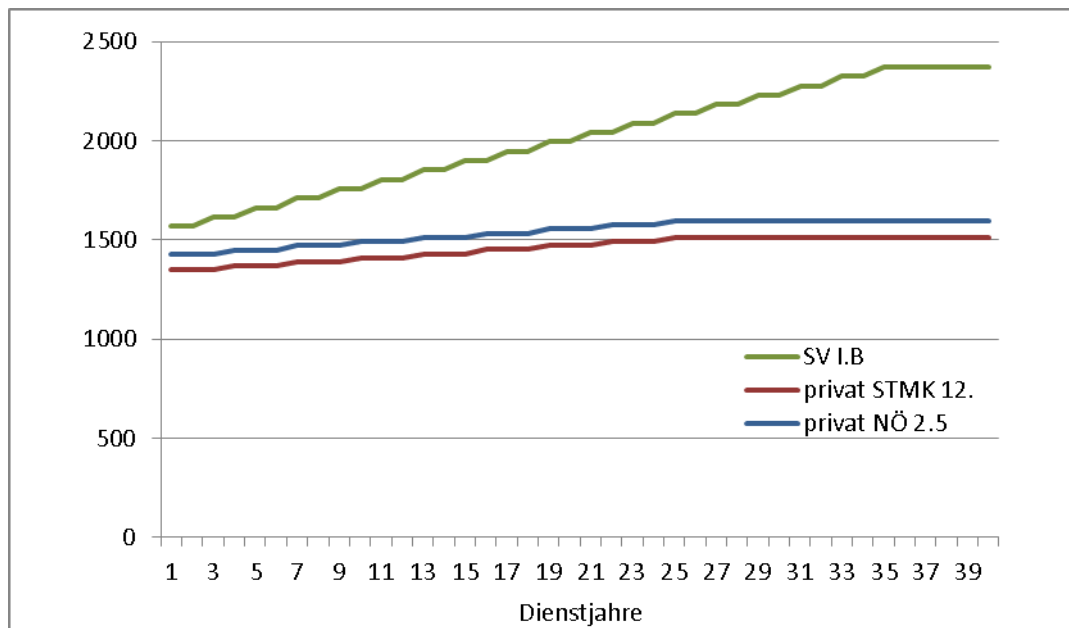
Als Vergleichsgruppen am oberen Ende der Lohnschemata wurde für die Sozialversicherung Lohngruppe V, Dienstklasse B gewählt. In diese Lohngruppe fallen erste KöchInnen nach fünfjähriger Berufspraxis bei Sozialversicherungsträgern oder in Gast- oder

Beherbergungsbetrieben, aber auch ausbildungsadäquat verwendete FacharbeiterInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung nach einjähriger Berufspraxis bei Sozialversicherungsträgern, sowie KraftwagenlenkerInnen mit verwandter abgeschlossener Facharbeitsausbildung. Für die Privatwirtschaft wurde jeweils die höchste kollektivvertraglich ausverhandelte Lohngruppe für KöchInnen gewählt; in der Steiermark liegt darüber noch eine Gruppe von KöchInnen, die aber gemäß individuell ausverhandelten Löhnen zu bezahlen sind.

Dieser exemplarische Vergleich der Lohnschemata zeigt, dass auch bei Beschäftigten im Tätigkeitsbereich Beherbergung, Verpflegung, Reinigung ein erheblicher Ausgabenunterschied für den Dienstgeber besteht, je nachdem, ob gemäß Kollektivvertrag oder gemäß DO.C zu entlohnen ist. Diese Beschäftigten sind aufgrund ihres hohen Anteils an der Gesamtbeschäftigung auch relevant für die Beurteilung von Potenzialen zur Effizienzverbesserung. Im Durchschnitt über alle Lohnstufen der beiden ausgewählten Lohngruppen liegt der steiermärkische Kollektivvertrag um 27 Prozent (Zimmerdienst) bzw. 39 Prozent (Köche und Köchinnen) unter dem Lohnniveau laut DO.C, der niederösterreichische Kollektivvertrag um 22 Prozent (Zimmerdienst) bzw. 24 Prozent (Köche und Köchinnen). Während die absolute wie relative Differenz bei niedrigem Dienstalter noch gering ist, führen die ausgeprägten Bienniensprünge im DO.C zu einem kontinuierlich Öffnen einer „Lohnschere“ zwischen Kollektivvertrag und DO.C. So verdienen KöchInnen der höchsten Gehaltsstufe in Niederösterreich kollektivvertraglich um 39 Prozent weniger als bei Entlohnung gemäß DO.C, und Beschäftigte im Zimmerdienst um 33 Prozent weniger.

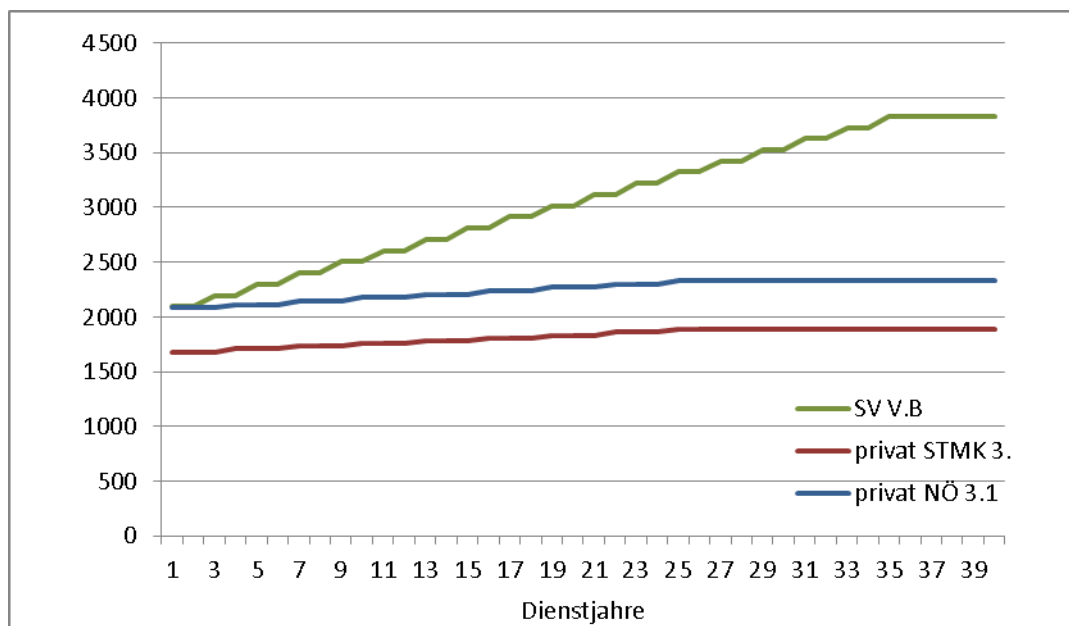
Dieser Vergleich ist ebenso wie jener der Gesundheitsberufe in den vorangehenden Abschnitten insofern unvollständig und exemplarisch, als wir nicht berücksichtigen konnten, inwieweit in der Praxis Zulagen und Überzahlungen des Kollektivvertrages anfallen. Des Weiteren beruht die Auswahl und Gegenüberstellung der Lohngruppen auf Desk research, da seitens der PVA keine konkreten Angaben über die Personalstruktur innerhalb der Beschäftigtengruppe „Haus- und sonstiges Personal“ gemacht wurden. Schlussendlich verdeutlichen die im Vergleich zur Privatwirtschaft stärker ausgeprägten Senioritätselemente im DO.C Schema der SV, dass ein Vergleich der Belegschaft dringend auch das Dienstalter der verglichenen Beschäftigten berücksichtigen sollte, um auf kurz- oder mittelfristige Kostenwirkungen rückschließen zu können.

Abbildung 10: Vergleich der Gehaltsschemata, Reinigungspersonal, 2014



Quelle: IHS Health Econ 2014.

Abbildung 11: Vergleich der Gehaltsschemata, Köche und Köchinnen, 2014



Quelle: IHS Health Econ 2014.

8.4. Abschätzung der Einsparungspotenziale

Ansatzpunkte für eine Abschätzung von Einsparungspotenzialen durch Privatisierung bieten sich im Bereich der Personalausgaben in eigenen Einrichtungen; für den Bereich von Sachausgaben haben wir zu wenig konkrete Anhaltspunkte für eine Szenarienrechnung. Soll errechnet werden, um wieviel die Personalkosten sinken, wenn vom teureren SV-Gehaltsschema auf den niedrigeren Kollektivvertrag für private Kur- und Rehabilitationseinrichtungen übergegangen wird, sind hierfür verschiedene Informationen nötig:

- Die Personalausgaben vor Übergang, die sich aus Personalstruktur und altem Gehaltsschema ergeben.
- Die Personalstruktur, auf die das neue Gehaltsschema anzuwenden ist. Informationen zur Personalstruktur sind notwendig, da die Gehaltsunterschiede zwischen SV- und Kollektivvertragsschema in einzelnen Beschäftigtengruppen unterschiedlich stark ausfallen, wie die Beispiele in Abschnitt 8.3 gezeigt haben. Die „neue“ Personalstruktur wiederum hängt u.a. davon ab,
 - Ob im Zuge des Übergangs alle Beschäftigten beschäftigt bleiben, oder ob Personal abgebaut bzw. neu aufgenommen wird. Tiemann und Schreyögg (2012) haben im deutschen Krankenhauskontext gezeigt, dass ein wesentlicher Privatisierungseffekt in der Reduktion der Beschäftigtenzahl lag.
 - Ob im Zuge des Übergangs bleibende Beschäftigte im neuen oder alten Schema zu entlohnen sind, bzw. in welchem Zeitrahmen ein Übergang erfolgt (vgl. die Erfahrungen der SVB).

Bezüglich des letzten genannten Punktes, der Frage, wie viele Beschäftigte wie schnell in das neue Schema übertreten, wäre auch zu fragen, wie starker Druck auf die Beschäftigten hinsichtlich eines Übertritts ausgeübt wird bzw. werden kann (erhöhter Kündigungsschutz). Es ist damit zu rechnen, dass gerade jene Beschäftigten sich vor einem Übertritt sträuben, die mit hohen Einbußen durch das neue Schema zu rechnen haben. Dies würde jedenfalls anfänglich die durchschnittliche Personalkostenreduktion durch (Teil-)Privatisierung verringern. Andererseits ist der Gehaltsunterschied gerade bei langer Dienstzeit höher, was allfälligen Druck von Seiten des Managements auf Umstieg oder Ausscheiden erhöhen könnte. Zu diesen Aspekten liegen uns nur Informationen zum ersten Punkt (Personalausgaben vor Übergang) vor, und zwar für PVA und AUVA, nicht aber für SVA oder SVB. Damit ist eine Abschätzung des Einsparungspotenzials seriös nicht möglich. Mit den vorhandenen Informationen werden stattdessen Szenarien berechnet, die aufzeigen, dass diese offenen Fragen eine weite Bandbreite von Privatisierungsergebnissen ermöglichen.

Tabelle 13 veranschaulicht, dass die bestehenden Informationslücken über die konkreten Auswirkungen einer Umstellung eigener Einrichtungen zu PPPs zu entsprechend großen

Unterschieden zwischen einzelnen Szenarien führen. Die genannten Ausgaben beziehen sich dabei auf die gesamten Eigenen Einrichtungen, es wird also aus pragmatischen Gründen keine Einschränkung auf Rehabilitationsausgaben bzw. kein Abzug allfälliger Ausgaben für Gesundheitsvorsorge durchgeführt.

Eine Umstellung des gesamten Personals auf ein um (im entsprechend gewichteten Durchschnitt) 13,5 (20) Prozent niedrigeres Gehaltsschema würde analog die Personalausgaben um 13,5 (20) Prozent, und entsprechend die Gesamtausgaben um rund 10 (15) Prozent senken, wenn die Personalausgaben 74-78 Prozent der gesamten Ausgaben ausmachen. Hierbei wird implizit vorausgesetzt, dass eine solche Umstellung keine ausgabensteigernden Effekte wie Demotivation der Belegschaft, höhere Krankenstände, höheren Labour Turnover oder ähnliches mit sich zieht. Ein um durchschnittlich 13,5 Prozent niedrigeres Gehaltsschema wird als Beispiel herangezogen, da dieses Ausmaß von der SVA im Zuge der Teilprivatisierung beobachtet wurde. Das Ausmaß von 20 Prozent entspricht hingegen in etwa der durchschnittlichen Differenz zwischen den Gehältern laut Sozialversicherungsschema (DO.A) für Pflegeberufe einschließlich medizinisch-technischem Dienst einerseits und laut Kollektivvertrag für Kur- und Rehabilitationsbetriebe andererseits. Aufgrund des erhöhten Kündigungsschutzes für viele in Sozialversicherungseinrichtungen Beschäftigten gehen wir davon aus, dass ein Übertritt von 100 Prozent der Belegschaft in den Kollektivvertrag unrealistisch wäre. Stattdessen stellen wir entsprechend den Erfahrungen der SVB Szenarien dar, in denen 32 Prozent bzw. 40 Prozent (längere Frist) der Belegschaft übertreten und die durchschnittliche Gehaltsänderung unverändert 13,5 bzw. 20 Prozent beträgt. Realistischer wäre eine niedrigere Übertrittsrate bei jenen Beschäftigten, die höhere Verluste in Kauf nehmen müssten. Das ist vor allem bei höherem Dienstalter der Fall. Gerade dort greift aber der Kündigungsschutz stärker. Somit liegen unsere Berechnungen tendenziell zu hoch. Außerdem berücksichtigen wir keine Änderungen in der Beschäftigtenstruktur, beispielsweise durch Ersetzen einzelner Kräfte durch höher oder niedriger Qualifizierte.

Im Zuge einer Verstärkung marktwirtschaftlicher Elemente kommt es typischerweise zu einem Beschäftigungsabbau. Dieser drückt sich auch in den in Deutschland beobachteten niedrigeren Personalintensitäten (höheren Fallzahlen je Vollzeitäquivalent) aus. Um diesen Effekt abzubilden, berücksichtigen die Szenarienrechnungen einen Beschäftigungsabbau von 5 Prozent, bzw. 12 Prozent in der „langen Frist“. Diese Zahlen lehnen sich an deutsche Zahlen aus der Krankenhausliteratur an und passen insofern gut, als sie sich auf den Effekt bei TrägerInnenwechsel von öffentlich zu privat beziehen. Diesem Beschäftigungsabbau steht allerdings die Aussage der SVA entgegen, dass im Zuge der Privatisierung kein Personalabbau, sondern ein Personalzuwachs analog dem Bettenzuwachs durchgeführt wurde.

Die Berechnungen führen je nach gewählten Übertritts- und Personalsenkungsraten zu einer Bandbreite von 4-19 Prozent Einsparungspotenzial bei Personalausgaben, bzw. von 3-14 Prozent der Gesamtausgaben (Tabelle 13).

Tabelle 13: Bandbreite von Szenarien-Ergebnissen

	PVA 2013	AUVA 2012	PVA 2013	AUVA 2012
Gesamtaufwand eigene Einrichtungen (stat., amb.)	200.717.417	88.285.827		
davon Personal	156.679.892	65.264.578		
in % von Gesamtaufw.	78%	74%		
Szenario 1a,b: PPP Österreich				
Gehaltsreduktion	13,5%		20%	
Personalreduktion	0%		0%	
Übertretendes Personal	32%		32%	
erzielbare Reduktion der Personalausgaben, in €	6.768.571	2.819.430	10.027.513	4.176.933
erzielbare Reduktion in % der Personalausgaben	4,3%	4,3%	6,4%	6,4%
erzielbare Reduktion in % der Gesamtausgaben	3,4%	3,2%	5,0%	4,7%
Szenario 2a,b: Szenario 1 + Personalabbau à la KH Deutschland				
Gehaltsreduktion	13,5%		20%	
Personalreduktion	5%		5%	
Übertretendes Personal	32%		32%	
erzielbare Reduktion der Personalausgaben, in €	14.264.137	5.941.687	17.360.132	7.231.315
erzielbare Reduktion in % der Personalausgaben	9,1%	9,1%	11,1%	11,1%
erzielbare Reduktion in % der Gesamtausgaben	7,1%	6,7%	8,6%	8,2%
Szenario 3a,b: wie Szenario 2, aber "lange Frist" (4-5 J.)				
Gehaltsreduktion	13,5%		20%	
Personalreduktion	12%		12%	
Übertretendes Personal	40%		40%	
erzielbare Reduktion der Personalausgaben, in €	26.247.015	10.933.122	29.831.851	12.426.376
erzielbare Reduktion in % der Personalausgaben	16,8%	16,8%	19,0%	19,0%
erzielbare Reduktion in % der Gesamtausgaben	13,1%	12,4%	14,9%	14,1%

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Abschließend soll erneut darauf hingewiesen werden, dass diese Berechnungen erheblichen Unsicherheiten unterliegen. Die Szenarien sind nicht als Hochrechnung zu verstehen sondern gerade als Illustration dieser bestehenden Unsicherheiten und ihrer Konsequenzen für derartige Berechnungen³². Schließlich lassen sich aus der internationalen Literatur keine Anhaltspunkte für das Ausmaß allfälliger Einsparungspotenziale ableiten. Die Berechnungen

³² Aus diesem Grund wurde auch die Inkonsistenz in Kauf genommen, dass im Bereich der PVA mit Daten für 2013, aber im Bereich der AUVA mit Daten für 2012 gerechnet wurde.

beruhen lediglich auf Annahmen, die von Aussagen einzelner österreichischer Stakeholder gestützt sind³³. Dies hat den Vorteil, dass sie sich im Gegensatz zu Ergebnissen aus der internationalen Literatur bereits auf die österreichische Situation beziehen und nicht erst angepasst werden müssen. Gleichzeitig haben sie den gravierenden Nachteil, dass die Annahmen eben nur auf Stakeholder-Aussagen bzw. -berichten beruhen, die nicht durch eine unabhängige Evaluation objektiviert wurden, und zudem aus dem Bereich von jeweils genau einer SV-Trägerin stammen. Die Berechnungen beruhen also auf einer äußerst schmalen Evidenzbasis. Weiters wird nur auf den Effekt von geändertem Gehaltsschema sowie allfälligen Personalreduktionen abgestellt; mögliche positive (z.B. bessere Servicequalität) wie auch negative Begleiterscheinungen werden nicht berücksichtigt (von höherer Unzufriedenheit und Belastung in der Belegschaft bis zu Rosinen-Picken bei der PatientInnenrekrutierung, was die Versorgungssituation gerade für komplexe Fälle beeinträchtigen kann).

³³ Eine Ausnahme hiervon ist die Personalreduktion von 5% bzw. 12%, die deutscher Literatur entnommen wurde.

9. Literaturverzeichnis

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – AUVA (2013): Jahresbericht 2012.

Armitage, J. (2014): Northumbria NHS trust saves £67m by freeing itself from PFI deal, Monday 09 June 2014, The Independent, Online-Ausgabe abgerufen am 19.11.2014.

Augurzky, B., Krolop, S., Schmidt, H., Schmitz, H., Schwierz, C. (2007) : Reha Rating Report 2007: Die Reha vor der Marktbereinigung, RWI Materialien, 38, ZBW – Leibniz Informationszentrum Wirtschaft.

Barlow, J., Roehrich, J., Wright, S. (2013): Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services, Health Affairs, 32(1), 146-154.

Billi, J.E., Pai, C.W., Spahlinger, D.A. (2004): Strategic outsourcing of clinical services: a model for volume-stressed academic medical centers. Health Care Management Review, 29(4), 291-297.

Blum, K., Offermanns, M., Perner, P. (2007): Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2013): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut.

Boardman, A. E., Vining, A. (2010): Assessing the economic worth of public-private partnerships. In: Hodge, G., Greve, C., Boardman A. [Hrsg]: International handbook on public-private partnerships, Cheltenham, 159-186.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Krankenanstalten in Zahlen. Geöffnete Krankenanstalten mit ausgewählten Merkmalen 2013. [Excel-Tabelle]

Budäus, D., Grüb, B. (2007): Public Private Partnership: Theoretische Bezüge und praktische Strukturierung, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 30(3), 245-272.

- Cappellaro, G., Longo, F. (2011): Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. BMC Health Services Research.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., Röhring, G. (2013): Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria, Health Care Management Science, 16(4) 331-347.
- Dormont B., und Milcent C. (2012): Ownership and hospital productivity. CEPREMAP Working Paper Nr 1205.
- ECORYS (2013a): Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across Europe, EAHC/2011/Health/20, European Union.
- ECORYS (2013b): Annexes, Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across Europe, European Union.
- Eggleston, K., Shen, Y. C., Lau, J., Schmid, C. H., Chan, J. (2008): Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? Health Economics, 17(12), 1345-1362.
- Europäische Kommission (2004): Grünbuch zu öffentlich-privaten Partnerschaften und den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften für öffentliche Aufträge und Konzessionen, 30.4.2004, KOM(2004) 327, Brüssel.
- EXPH - EXpert Panel on effective ways of investing in Health (2014): Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe, 27 February 2014.
- Fageda, X., Fiz, E. (2010): Ownership, Incentives and Hospitals, Research Institute of Applied Economics, Working Paper 2010/12.
- Global Health Group (2010): Public-Private Investment Partnerships for Health. An Atlas of Innovation. University of California, San Francisco.
- GÖG – Gesundheit Österreich GmbH (2012): Rehabilitationsplan 2012.
- Guimaraes, C.M., Carvalho, J.C. (2010): Outsourcing in healthcare sector - a state of the arts review. Supply Chain Forum: an International Journal, 12(2), 140-148.
- Hart, O., Shleifer, A., Vishny R. (1997): The proper scope of government: theory and an application to prisons. Quarterly Journal of Economics, 62, 1127-1162.

- Heimeshoff, M., Schreyögg, J., Tiemann O. (2013): Employment effects of hospital privatization in Germany, *European Journal of Health Economics* (2014) 15, 747–757 DOI 10.1007/s10198-013-0520-1.
- Herr A. (2008): Cost and technical efficiency of German hospitals: Does ownership matter? *Health Economics* 17, 1057-1071.
- Herr A. (2012): Effizienz und Trägerschaft deutscher Krankenhäuser: Analysen mit Daten der amtlichen Statistik. *Wirtschaft und Statistik* Februar 2012, 178-183.
- Herr A., Schmitz H., Augurzky B. (2011): Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Economics* 20, 660-674.
- Hill, R., Bartrum, T., Guy, B. (2006): Hospital Outsourcing Trends in Clinical Surveys. Umfrage von Waller Lansden Dortch & Davis. Nashville TN.
- Hartley, J. (2008): The Relationship between hospital acquired infection rates and the contracting out of cleaning services in the NHS - II. In: Emslie S, Hancock C [Hrsg.]: *Issues in Healthcare Risk Management*. Healthcare Governance Limited. Oxford, 121-145.
- Hudson, K. (2008): The Relationship between hospital acquired infection rates and the contracting out of cleaning services in the NHS - I. In: Emslie S, Hancock C [Hrsg.]: *Issues in Healthcare Risk Management*. Healthcare Governance Limited. Oxford, 99-119.
- Kappeler, A., Nemoz, M. (2010): Public-Private Partnerships in Europe – Before and during the recent financial crisis. *Economic and Financial Report 2010/04*, European Investment Bank.
- Krystek, U. (2009): Outsourcing als strategische Option. In: Behrendt I, König H.J., Krystek U. [Hrsg]: *Zukunftsorientierter Wandel*. Springer. Berlin, 39-67.
- Kwon, J., Yoon, J.H. (2003): Prevalence of outsourcing and perception of clinical nutrition managers on performance of health care dietetics services. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003 Aug. 103(8),1039-42.
- Lafond, S., Arora, S., Charlesworth, A., McKeon, A. (2014): Into the red? The state of the NHS' finances. An analysis of NHS expenditure between 2010 and 2014. Nuffield Trust Research Report.

- Liebe, M., Pollock, A. (2009): The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service, The Centre for International Public Health Policy.
- Marsh, C., Warren, P. (2013). Outsourcing and Ownership: Theory and Evidence from California General Care Hospitals. Available at SSRN 2211801.
- Marshall L. (2000): Identification of Best Practices in the Delivery of Patient Food Services Healthcare Management Forum. Jan 2000. 13(3), 17-24.
- McKee, M., Edwards N., Atun, R. (2006): Public-private partnerships for hospitals, Bulletin of the World Health Organization, 84, 890-896.
- OECD Health Statistics (2014) :
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, letzter Zugriff: 12. 11. 2014.
- Pensionsversicherungsanstalt (2014a): Jahresbericht 2013.
- Pensionsversicherungsanstalt (2014b): Rechnungsabschluss 2013, Foliensatz für Generalversammlung 25. Juni 2014.
- Pollack, N. (2004): Falling Standards, Rising Risks; Issues in hospital cleanliness with contracting out. Vancouver. B.C.
- Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell B., Wright, S., McKee, M. (2009): Capital Investments for Health - Case Studies from Europe. European Observatory, Observatory Studies Series 18.
- Renner, G., Reisinger, G., Linzatti, R. (2001): Outsourcing: Formen, Ziele, Bereiche, Entwicklungstendenzen, Chancen und Risiken. In: Frosch E, Hartinger G, Renner G [Hrsg] Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus. Strategien – Entscheidungstechniken – Vorgehensweisen. Ueberreuter Wien, 17-71.
- Riedel, M., Czypionka, T., Schweiger, E. (2012): Die Rolle privat-gemeinnütziger Spitäler im internationalen Vergleich. Projektbericht. Institut für Höherer Studien: Wien.
- Sekhri, N., Feachem, R., Ni, A. (2011): Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Affairs*, 30(8), 1498-1507.
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (2013): Jahresbericht 2012.

- Shaoul, J., Stafford, A., Stapleton, P. (2008): The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money and Management*, April, 101-108.
- Shaoul, J., Stafford, A., Stapleton, P. (2011): NHS capital investment and PFI: from central responsibility to local affordability. *Financial Accountability & Management*, 27(1), February, 1-17.
- Shen, Y.C., Eggleston, K., Lau, J., Schmid, C.H. (2007): Hospital ownership and financial performance: What explains the different findings in the empirical literature? *Inquiry* 44, 41-68.
- Shen, Y. C. (2002): The effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction, *Journal of Health Economics* 21, 901-922.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Wiesbaden.
- Stumpfögger, N. (2007): Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkung auf die Beschäftigten. *Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen*. Arbeiterkammer: Wien. 75-84.
- Tiemann O., Schreyögg J., Busse R. (2012a): Hospital ownership and efficiency: A review of studies with particular focus on Germany, *Health Policy*, doi:10.1016/j.healthpol.2011.11.010
- Tiemann, O., & Schreyögg, J. (2012b): Changes in hospital efficiency after privatization, *Health care management science*, 15(4), 310-326.
- Tiemann, O., Schreyögg, J. (2009): Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. *Business Research* 2, 115–45.
- WKO (2014): Erster bundesweiter Kollektivvertrag für private Kur- und Rehabetriebe unter Dach und Fach. Einigung der Sozialpartner nach mehrjährigen Verhandlungen. Pressaussendung, 16.10.2014
https://www.wko.at/Content.Node/branchen/oe/gesundheitsbetriebe/erster_bundesweiter_kollektivvertrag_fuer_private_kur-und_.html

- Werblow, A., Karmann, A., Robra, B.P. (2010): Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung. In: Krankenhausreport 2010 – Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 41–70.
- Young, S. (2003): Outsourcing and benchmarking in a rural public hospital: does economic theory provide the complete answer? *Rural and remote health*, 3(1), 124-138.
- Young, S. (2005): Outsourcing in the Australian health sector: the interplay of economics and politics, *International journal of public sector management*, 18(1), 25-36.
- Young, S. (2007): Outsourcing: two case studies from the Victorian public hospital sector. *Australian Health Review*, 31(1), 140-149.
- Young, S. (2008): Outsourcing in public health: a case study of contract failure and its aftermath, *Journal of Health Organization and Management*, 22(5), 446-464.
- Young, S. Macinati, M.S. (2012): Health Outsourcing/Backsourcing, *Public Management Review*, 14(6), 771-794.

Autorin: M. Riedel

Titel: Effizienzpotenziale durch Privatisierung bzw. PPP im Bereich der Rehabilitation

Projektbericht/Research Report

© 2015 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
